UNIVERSITÉ DE PARIS

FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE - PARIS

ANNÉE : 1975

N° 55

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

ZEMMOUR Gérard

né le 28 Novembre 1946, à Guelma (Algérie)

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS D'UNE EXPERIENCE DE MEDECIN SCOLAIRE DANS LE CADRE DU STAGE PRATIQUE DE FIN D'ETUDES MEDICALES

Président : M. H. BRISSAUD, Professeur

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548124_0027

UNIVERSITÉ DE PARIS

FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE - PARIS

ANNÉE : 1975 **N°**

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

ZEMMOUR Gérard

né le 28 Novembre 1946, à Guelma (Algérie)

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS D'UNE EXPERIENCE DE MEDECIN SCOLAIRE DANS LE CADRE DU STAGE PRATIQUE DE FIN D'ETUDES MEDICALES

Président : M. H. BRISSAUD, Professeur

UNIVERSITE DE PARIS

FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE - PARIS

ANNEE : 1975 N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

ZEMMOUR Gérard

né le 28 Novembre 1946 à Oudna (Algérie)

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS D'UNE EXPERIENCE DE MEDECIN SCOLAIRE DANS LE CADRE DU STAGE PRATIQUE DE FIN D'ETUDES MEDICALES

Président : M. H. BRISSAUD, Professeur

UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE

F A C U L T E D E M E D E C I N E S A I N T A N T O I N E

-:-:-:-:-:-

Professeurs titulaires

MM.	ANDRE R.	Hématologie	GOLVAN Y.J.	Parasitologie
	BRICOUT F.	Bactério-virologie	HUGELIN A.	Physiologie
	BRISSAUD H.	Pédiatrie	LAPLANE R.	Pédiatrie
	BROCARD H.	Pneumologie	LELORIER G.	Obstétrique
	CATINAT J.	Cardiologie	LOEPER J.	Médecine Expérimentale-Immuno.
	CERBONNET	Chirurgie		
	CHALUT J.	Radiologie	LOYGUE J.	Chirurgie
	CHERIGIE Ed.	Radiologie	MALAFOSSE M.	Chirurgie
	CHIGOT Ph.	Chirurgie Infantile	MAROIS M.	Histologie
	CONTAMIN Fr.	Neurologie	MILHAUD G.	Biophysique
	CONTE M.	Médecine	NICK J.	Neurologie
	DAGUET G.	Bactériologie	ORCEL L.	Anat.Pathologique
	DEBRAY J.	Médecine	PERRAULT M.	Médecine
	DECROIX G.	Pneumologie	PICARD J.	Biochimie
	DRY J.	Médecine	PIERON R.	Pneumologie
	DUHAMEL G.	Hématologie	POLONOVSKI Cl.	Pédiatrie
	FLABEAU F.	Chirurgie	POLONOVSKI J.	Biochimie
	GERBEAUX J.	Thérapeutique	RICHET G.	Néphrologie
	GIRARD F.	Physiologie	SALMON Ch.	Immunologie
	COSSET J.	Chirurgie	N...	Obstétrique

Professeurs sans chaire

-:-:-:-:-:-

MM.	ARDAILLOU R.	Physiologie	LASFARGUES G.	Pédiatrie
	ATTAL Cl.	Pédiatrie	ROUX Ch.	Embryologie
Mme	CHAPUT A.	Stomatologie	WARGON H.	Méd. Expérimentale
	CHEYMOL G.	Pharmacologie	WEINMANN S.	Biochimie
	GUIRAUDON G.	Anatomie		

Maîtres de Conférences Agrégés

-:-:-:-:-:-

MM.	AKOUN G.	Pneumologie	LEVY V.G.	Hépato-Gastro.
	ALBY J.M.	Psychiatrie	MENSCH B.L.	Biophysique
	AMSTUTZ P.	Réanimation	MERY J.Ph.	Néphrologie
	APOIL A.	Orth. Traum.	Mme MIGNON Fr.	Néphrologie
Mme	ARON D.	Ophtalm.	MONNIER J.P.	Radiologie
	BARRITAULT L.	Biophysique	NAJMAN A.	Hématologie
	BAUX S.	Orth. Traum.	NICOLLE M.	Neurologie
	BIGOT R.	Radiologie	OPOLON J.	Hépato-Gastro.
	BODIN Fr.	Médecine	PAQUELIN Fr.	O.R.L
	BOURY C.	Chirurgie	PISSARRO B.	Médecine préventive
	CHOUARD Cl.	O.R.L.	PRUDHOMME de	Anatomie

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

CLOAREC M.	Médecine	SAINT MAUR P.	Pathologique
Mme COMBRISSON A.	Hémato-Imm.	RAMPINI Cl.	Biochimie
COTIN G.	O.R.L.	RICHARDET J.M.	Pédiatrie
DELIGNE P.	Anesthésiologie	ROLAND J.	Anat.Pathologique
FONTAINE J.L.	Pédiatrie	SALAT J.	Obstétrique
GAUTIER H.	Physiologie	SANTARELLI J.	Obstétrique
GOLDLUST D.	Radiologie	TOURNIER G.	Pédiatrie
GRUNER M.	Chir.infantile	VERGEZ P.	Bactériologie
GUILMET Cl.	Anesthésiologie	WITCHITZ S.	Cardiologie
HERMAN D.	Médecine		
HUGUET Cl.	Chirurgie	THOMAS M.	Médecine (ff)
HUGUIER M.	Chirurgie	N...	Radiothérapie
KRULIK M.	Médecine	N...	Hépato-Gastro.
LAUGIER A.	Radiothérapie	N...	Ophtalmologie
		N...	Neurologie
		N...	Immunologie

Enseignants Associés

-:-:-:-:-:-

M. ELIAKIS Em. Médecine légale

Enseignants Contractuels

-:-:-:-:-:-

M. KIRSCH Fr. Physiologie biochimique

Chargés d'Enseignement

-:-:-:-:-:-

MM. BENOIST
BRUEZIERE
CASASSUS
COUVREUR
CHRISTOL
DUNET
SALOMON
SCETBON
VERGOZ

Attachés d'Enseignement

-:-:-:-:-:-

MM. ANGLERAUD
BAKOUCHE
BENAIM
BLOCH MICHEL
GIRAUDEL
KIPMAN
LAURAS
des LAURIERS
MAY
MIGNOT
Mme PANKOW
ROBERT
SAUVAN
SCHNEIDER

A ma femme et mes enfants, David et Emmanuelle,

en témoignage de l'amour que je leur porte.

A mes parents, au seuil de cette carrière,

qu'ils veuillent trouver ici l'expression de
toute ma reconnaissance et de mon affection.

A tous les miens,

A mes amis.

A Monsieur le Professeur BRISSAUD,

qui nous a fait l'honneur d'accepter la

présidence de notre thèse, avec notre plus

profond respect.

A Monsieur le Professeur agrégé PISSARRO,

qui nous a aidé et conseillé tout au long de ce travail, nous lui adressons nos plus sincères remerciements.

A Madame le Dr FRADKINE,

chargée du Service de Santé Scolaire des Yvelines. Elle a bien voulu nous accueillir dans son service et nous a donné les moyens d'accomplir ce travail. Nous lui exprimons notre gratitude.

A PROPOS D'UNE EXPERIENCE DE MEDECIN SCOLAIRE DANS LE CADRE DU STAGE PRATIQUE DE FIN D'ETUDES MEDICALES

A PROPOS D'UNE EXPERIENCE DE MEDECIN SCOLAIRE DANS LE CADRE DU STAGE PRATIQUE DE FIN D'ETUDES MEDICALES

I - Introduction

II - Généralités

A. Historique

B. But de la médecine scolaire

C. Organisation générale

III - Modalités de l'expérience

A. Présentation des secteurs de travail

B. Cadre d'exercice : les différents établissements

C. Conditions d'exercice :

1. Locaux médicaux

2. Organisation de la visite médicale :

- La préparation

- La visite proprement dite

- Les différents types de visites :

. Visites d'admission en cours préparatoire

. Bilans de 10 ans en CM2

. Bilans des 15-16 ans en 3ème

. Visites en vue de stages dans les entreprises (classes pratiques)

. Visites pour aptitude au travail sur machines (sections d'éducation spécialisée)

. Visites des sportifs

. Visites à la demande

- Conditions de ces visites

3. Relations avec :

. Les autres membres de l'équipe médicale

. Les enseignants

IV - Anomalies somatiques relevées au cours des visites médicales

A. Tableau récapitulatif par classe d'âge

B. Analyse des résultats :

1. Problèmes dentaires
2. Obésités
3. Troubles de la statique
4. Anomalies de la vision
5. Problème des vaccinations
6. Troubles cardio-vasculaires
7. Ectopies testiculaires
8. Enurésies
9. Dermatoses
10. Autres anomalies :
    - images radiologiques pathologiques
    - hernies inguinales
    - kystes du poignet

C. Suite donnée à ces anomalies ; relations avec le médecin traitan

V - Inadaptations scolaires

- A l'école élémentaire et dans le secondaire

A. Recherche des causes :

1. Elimination d'une cause organique
2. Causes propres à l'école
3. Causes propres à l'enfant : puberté, trouble du langage

4. Conditions de vie

5. Problèmes socio-affectifs

B. Tableau situant les enfants en difficulté par rapport à l'environnement :

- commentaire des résultats

- exemples

C. Cas particulier des S.E.S. - exemples

D. Rôle du médecin scolaire, en particulier pour les enfants de classes de transition

E. Difficultés rencontrées - perspectives

- A l'école maternelle

A. Comparaison entre Mantes et Andrésy pour les enfants des classes de grande section de l'école maternelle

1. Les enfants par rapport à l'environnement : tableau comparatif Mantes-Andrésy

2. Eléments favorisant les inadaptations :

- Etude de la fréquence de ces éléments en fonction du secteur, de l'environnement. Table

- Analyse de ces éléments

B. Rôle du médecin scolaire, en particulier lors des visites d'admission en CP

C. Difficultés rencontrées - perspectives

VI - Le médecin scolaire et l'orientation professionnelle

VII - Intérêt de l'expérience pour le stagiaire interné

VIII - Conclusions

I - INTRODUCTION

Depuis quelques années certaines facultés de médecine, dont la Faculté Saint-Antoine, à la suite d'accords passés avec les services de santé scolaires de divers départements, ont admis le principe du stage pratique de fin d'études en médecine scolaire.

Pour l'année 1972-73, près d'une trentaine de postes dont la moitié pour le département de la Seine Saint Denis et sept pour la ville de Paris, ont été proposés aux étudiants de Saint-Antoine. En 1973-74, année de notre stage, une vingtaine de postes ont été attribués, et j'ai été moi-même affecté, avec deux autres étudiants, dans le département des Yvelines.

Mais pour la rentrée scolaire 1974, à la suite d'accords passés entre les Ministères de l'Education Nationale et de la Santé, une circulaire datant de Juin 1974 émanant de la Direction de la Santé, prévoit officiellement la création de postes de stages internés dans le cadre du Service de Santé Scolaire.

Nous avons choisi de faire notre stage en médecine scolaire pour des raisons négatives et positives : à priori un éventuel stage à l'hôpital ne nous enthousiasmait guère ; en effet, généralement le stagiaire interné n'occupe dans un service hospitalier qu'une situation marginale sans véritables responsabilités. Mais nous étions également tenté

par cette médecine particulière, nouvelle pour nous, et nous savions que des responsabilités équivalentes à celles d'un médecin de secteur nous seraient données.

Nous avons pu nous rendre compte du nombre de problèmes médicaux ou non médicaux (psychologiques, pédagogiques, sociaux) qui se posent dans ce secteur de la médecine, problèmes dont nous méconnaissions l'importance auparavant.

Ainsi le fait d'avoir été confronté à toutes ces difficultés dans le cadre d'un stage interné d'un genre relativement nouveau, nous a donné l'idée de faire le bilan de notre expérience.

Nous nous sommes d'ailleurs efforcé tout au long de ce travail d'éviter l'exposé théorique et de ne nous baser que sur les observations faites lors des visites médicales.

II - GENERALITES

A. HISTORIQUE

. En 1793 le rapport Lakanal sur l'instruction publique précise la notion d'inspection médicale scolaire.

. Sous la IIIème République, la loi du 30.10.1886 institue l'obligation de l'inspection médicale scolaire limitée à l'enseignement primaire.

. C'est en Octobre 1945 qu'est créé le service national d'hygiène scolaire et universitaire avec des examens périodiques pendant la scolarité.

. En Février 1961, les visites systématiques à des âges précis sont instituées ; il est question de l'adaptation de l'enfant au milieu et vice et versa, de la collaboration avec les maîtres, l'assistante sociale, le psychologue, les parents, les conseillers d'orientation.

. En Août 1964 la santé scolaire passe du Ministère de l'Education Nationale au Ministère de la Santé avec création de l'action sanitaire et sociale visant à instituer une continuité de la médecine préventive chez l'enfant.

. Depuis Novembre 1968 le médecin scolaire est membre du conseil d'administration, du conseil de classe, du conseil d'orientation en fin de premier cycle.

. Enfin, les instructions générales de Juin 1969, en vigueur actuellement, prévoient les structures et la mission du service de santé scolaire et, en particulier, l'organisation des bilans de santé à des moments précis de la scolarité.

B. BUT DE LA MEDECINE SCOLAIRE

C'est une médecine de dépistage et de prévention des affections somatiques et des inadaptations. De plus, elle doit faciliter l'épanouissement des enfants et le médecin scolaire doit contribuer à l'éducation sanitaire et sociale.

Pour le Pr Robert Debré :

"Le but final du médecin scolaire c'est d'être le conseiller indispensable de l'enfant, de la famille, du maître, des administrations, de tous ceux qui sont chargés de l'enseignement de la collectivité tout entière".

C. ORGANISATION GENERALE

La médecine scolaire relève depuis Août 1964 de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale qui, en ce qui nous concerne, a son siège à Versailles, Préfecture des Yvelines.

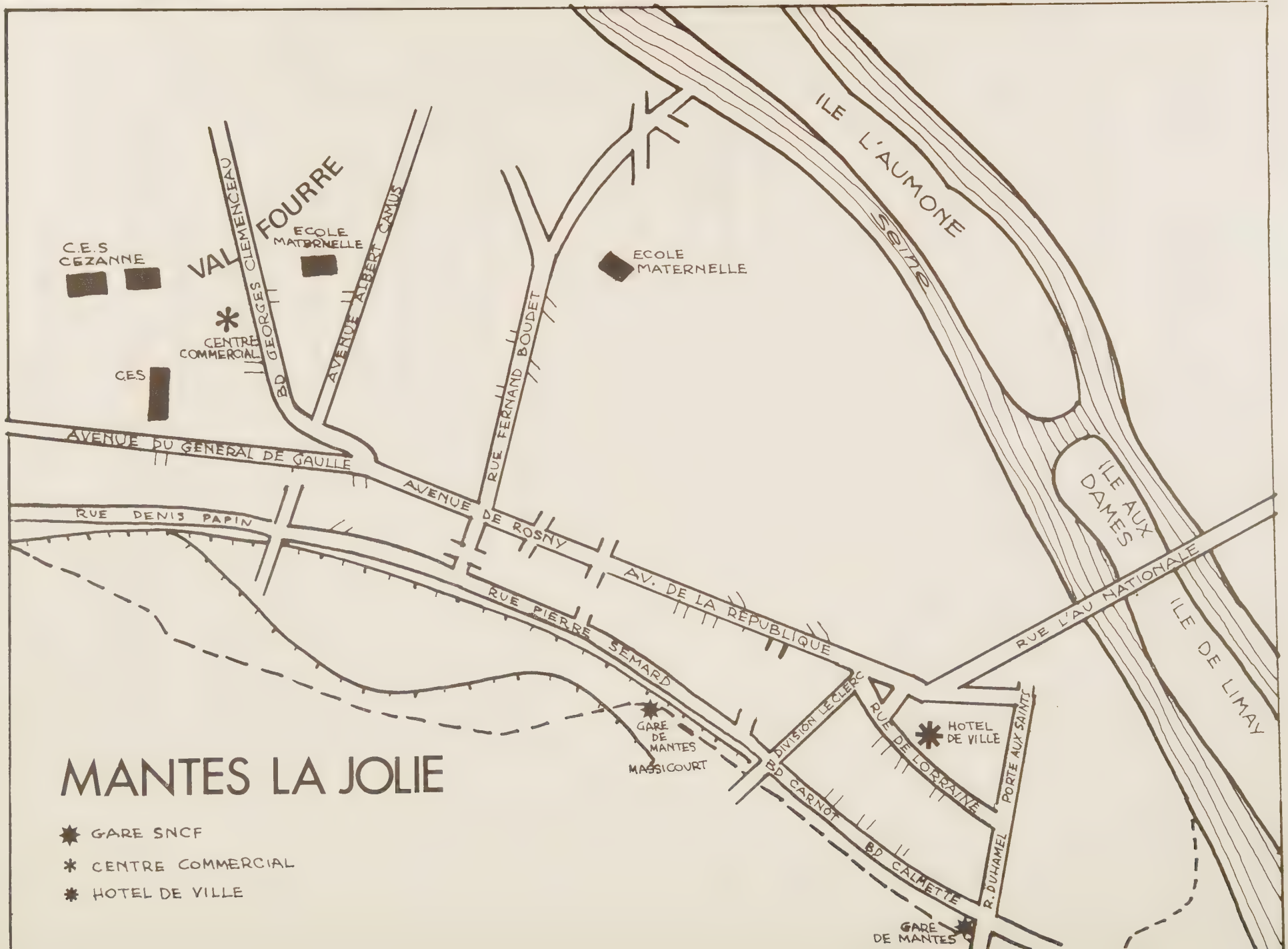
A la tête du Service Départemental de Santé Scolaire se trouve le médecin chargé de la santé scolaire qui, entre autres, assure des fonctions de liaison, des tâches médico-socio-pédagogiques.

En principe, un médecin de secteur, deux assistantes sociales, deux infirmières, une secrétaire médico-sociale sont chargés d'un secteur de population de 5 000 à 6 000 enfants. En fait, dans notre cas, les secteurs étaient beaucoup trop importants pour les médecins titulaires, aussi nous avions la responsabilité de deux groupes d'écoles dans deux secteurs différents. Il s'agissait de la petite ville d'Andrésy et du quartier du "Val Fourré" de la ville de Mantes-la-Jolie.

SITUATION DES SECTEURS DE MANTES ET ANDRESY DANS LE DEPARTEMENT DES YVELINES · 78
BONNIERES
Mantes la Jolie
Meulan
Oise
MAURECOURT
ANDRESY
Conf
Seine
Mantes La Ville
Chanteloup
Aubergenville
AUTOROUTE
Carrieres
Poissy
St Germain en Laye
Marly le Roi
Houdan
N 12
VERSAILLES
Montfort l'Amaury
N 10
Rambouillet
DEPARTEMENT
CHEMINS DE FER
AUTOROUTES ET NATIONALES
FLEUVES
SECTEURS

Andrésy

STADE INTER-COMMUNAL
RUE DE TRIEL
RUE DE L'HAUTIL
ECOLE TECHNIQUE
GARE
RUE CHANTELOUP
ECOLE MATERNELLE DES MAROTTES
RUE DES VIGNES
AV. MAURICE BERTEAUX
ECOLE PRIMAIRE DU PARC
ECOLE MATERNELLE
ECOLE DES FILLES C.E.G
RUE DU GENERAL LECLERC
GROUPE SCOLAIRE ST EXUPERY
MAIRIE
RUE DU MARECHAL FOCH
QUAI DES ECLUSES
BD NOEL
Seine


MANTES LA JOLIE
GARE SNCF
CENTRE COMMERCIAL
HOTEL DE VILLE
C.E.S CEZANNE
VAL FOURRE
ECOLE MATERNELLE
CENTRE COMMERCIAL
C.E.S
BD GEORGES CLEMENCEAU
AVENUE ALBERT CAMUS
ECOLE MATERNELLE
RUE FERNAND BOUDET
ILE L'AUMONE
Seine
AVENUE DU GENERAL DE GAULLE
AVENUE DE ROSNY
RUE DENIS PAPIN
RUE PIERRE SEMARD
AV. DE LA REPUBLIQUE
RUE L'AU NATIONALE
ILE AUX DAMES
ILE DE LIMAY
GARE DE MANTES MASSICOURT
DIVISION LECLERC
RUE DE LORRAINE
HOTEL DE VILLE
PORTE AUX SAINTS
R. DUHAMEL
BD CARNOT
BD CALMETTE
GARE DE MANTES

III - MODALITES DE L'EXPERIENCE

A. PRESENTATION DES SECTEURS DE TRAVAIL : ANDRESY ET MANTES

Andrésy est une ville d'environ 8 000 habitants : plutôt résidentielle ; c'était encore une zone rurale il y a une dizaine d'années. Dans l'ensemble, les enfants examinés dans cette ville étaient plutôt issus de milieux se situant dans les couches moyennes de la société : il s'agissait souvent de cadres moyens, de techniciens, de petits commerçants. Le mode de logement fréquemment rencontré était le petit pavillon. La ville d'Andrésy compte également quelques familles de mariniers dont les enfants fréquentent l'école de façon épisodique.

Sur 583 enfants examinés :

36,6 % étaient issus de milieux plutôt modestes (ouvriers - employés)

16,6 % avaient des parents ayant une profession correspondant à un niveau d'études supérieures. (*)

Le quartier du "Val Fourré" à Mantes compte environ 10 000 habitants (27 000 habitants pour Mantes-la-Jolie). C'est une cité composée d'immeubles d'habitation type H.L.M., de construction relativement récente. Au centre du quartier se trouve un centre commercial moderne. La population de ce quartier est essentiellement ouvrière et comporte de nombreux immigrants, surtout Portugais et Nord-Africains.

- pour la population active de France, soit 21,75 millions d'individus, les chiffres sont respectivement de 50 % et 10 % environ d'après les statistiques de l'INSEE.

Sur 697 enfants examinés :

65,5 % étaient issus de milieux modestes

pour 4,3 % d'entre eux, la profession des parents correspond à un niveau d'études supérieures.

B. CADRE D'EXERCICE : les différents établissements

- A Andrésy, j'avais la charge de toute la population scolaire, soit 1 588 enfants.

Ces enfants étaient répartis dans :

. un groupe scolaire comportant 1 CEG, une école élémentaire, une 6ème de transition et une 5ème de transition, soit 341 élèves,

. une école élémentaire comportant 466 élèves,

. quatre écoles maternelles comportant 513 élèves.

Le groupe scolaire était assez vétuste. Les sanitaires étaient insuffisants, les salles réservées aux classes de transition se trouvaient dans des baraquements éloignés. Le réfectoire était une salle bruyante, peu accueillante, mais la nourriture était en général satisfaisante. Aucune amélioration n'était prévue car l'école doit être transférée dans des locaux, encore en construction, dans deux ans. Les autres écoles, élémentaire et maternelles étaient au contraire des locaux neufs très bien aménagés.

- A Mantes, j'avais la charge des élèves du CES

P. Cézanne, soit 1 200 enfants, et des enfants de trois écoles maternelles.

Le CES était un énorme bâtiment neuf avec des salles claires, de grandes aires de jeux, une cantine fonctionnant en self-service.

En plus des nombreuses classes de transition, le CES comprenait deux classes pratiques, 4ème et 3ème, accueillant les enfants en fin de scolarité obligatoire. Ces classes disposaient d'ailleurs d'un matériel important et perfectionné pour l'apprentissage de plusieurs métiers, mais il n'était pas utilisé étant donné le manque d'enseignants qualifiés. Les enfants de 3ème pratique pouvaient cependant avoir un contact avec la vie professionnelle lors des stages effectués dans les entreprises à la suite d'une entente entre l'administration du lycée et les employeurs.

Attenant au CES, il y avait également une section d'éducation spécialisée (SES) accueillant les enfants débiles légers. Ces sections étaient très bien organisées et bien équipées en matériel. Les enfants faisaient de la maçonnerie ou de la menuiserie sous la surveillance de maîtres spécialisés.

C. CONDITIONS D'EXERCICE

1° - Locaux médicaux

Les visites médicales se sont toujours déroulées

dans le cabinet médical attenant à chaque école, y compris pour le groupe scolaire d'Andrésy où le cabinet était très correctement aménagé.

D'une façon générale, les locaux médicaux étaient constitués dans les écoles élémentaires d'une salle d'attente et du cabinet médical. Au CES de Mantes il y avait en plus des deshabilloirs.

2° - Organisation de la visite médicale

La visite était préparée quelques jours auparavant par une secrétaire médicale à Mantes et par une assistante sociale municipale déléguée à la médecine scolaire à Andrésy.

Lors de ces préparations, les enfants sont pesés, mesurés, on contrôle leur vue selon la méthode Monoyer qui consiste à faire lire des lettres de taille croissante, à 5 m de distance, successivement de chaque oeil. On procède aussi à la pose du timbre tuberculinique.

Le jour de la visite 3 élèves sont convoqués en début de séance puis chaque élève qui retourne en classe en envoie un autre.

Le plus souvent nous avons procédé aux examens sans la présence de tierces personnes dans le cabinet médical, mais il est difficile de bousculer des habitudes bien établies.

Nous commençons donc par examiner l'enfant sur

le plan somatique en lui faisant part simultanément de nos constatations, puis en nous référant à son dossier médical, nous cherchons si un fait nouveau est apparu ou, au contraire, si une anomalie a disparu. Ensuite, nous essayons d'engager le dialogue avec l'enfant en lui posant quelques questions ; nous cherchons par exemple à savoir comment il se juge sur le plan scolaire en ayant pour référence l'avis du maître. Si un trouble est détecté et que l'enfant doive consulter son médecin, nous essayons d'expliquer l'anomalie en insistant sur la nécessité des soins à apporter.

Par ailleurs, nous tentons, suivant les cas, de donner des conseils sur le plan de la santé.

Ainsi chez les enfants à hygiène douteuse, nous insistons sur les bienfaits et la nécessité de l'hygiène corporelle. Aux enfants fumant beaucoup, nous parlons des méfaits du tabac. De même nous mettons en garde les motocyclistes contre les risques d'accident en insistant particulièrement sur la nécessité du port du casque.

Aux élèves fatigués nous conseillons un sommeil suffisant, une bonne répartition du travail et des loisirs.

Tout au long de l'année nous avons eu à faire différents types de visites, et en particulier les bilans de santé obligatoires dans les grandes sections des écoles maternelles, en CM2 et en 3ème.

- La visite d'admission en cours préparatoire :

Elle permet d'apprécier le degré de maturité de l'enfant, ses aptitudes à suivre au cours préparatoire. Les bilans de 6 ans étaient la principale, sinon la seule, occasion de rencontre avec les parents qui avaient presque tous répondu aux convocations. Cela nous a permis d'une part de mieux situer l'enfant, d'autre part de donner quelques informations sur les conditions d'une bonne hygiène de vie, indispensables à une bonne scolarité.

Lors de ces visites, nous nous aidions des renseignements sur l'attitude, le comportement, les acquisitions des enfants, fournis par l'institutrice. De plus, pour apprécier le degré du développement psycho-moteur du candidat au cours préparatoire nous lui faisions faire toute une série d'exercices, entre autres : dessin d'un bonhomme permettant d'apprécier la représentation du schéma corporel de l'enfant, reproduction d'un carré et d'un losange, reconnaissance des couleurs, définition par l'usage, connaissance du temps, marche à cloche-pied, épreuves de pianotage, d'équilibre, de diadococinésie, ces trois derniers exercices nous étant d'ailleurs utiles pour la détermination de la latéralisation.

Il était également intéressant d'observer, lors de ces épreuves, le comportement des parents.

- Le bilan de santé de 10-11 ans en fin de CM2 :

ici nous devons particulièrement apprécier chez l'enfant le stade du développement physique mais aussi intellectuel et affectif.

- Le bilan de santé de 15-16 ans en fin de 3ème : Ce bilan est important pour l'orientation scolaire et professionnelle.

- Par ailleurs, nous avons vu en visite médicale les élèves des classes de transition, des classes pratiques et, à Mantes, ceux des classes de 4ème qui n'avaient pas été examinés depuis plusieurs années.

Nous avons en particulier effectué des bilans chez les élèves de 3ème pratique afin de juger de leurs aptitudes à effectuer des stages dans les entreprises.

De même nous avons eu à juger de la capacité des élèves de 4ème et 3ème des S.E.S. à travailler sur machines.

En fait dans ces deux derniers cas, à moins d'une inaptitude évidente, il était impossible, dans le cadre de la visite médicale, de juger un enfant inapte, et pour les enfants des S.E.S. nous nous basions essentiellement sur l'avis des éducateurs. Il s'agissait, par ces visites, d'accomplir une formalité obligatoire permettant de décharger la responsabilité de l'administration scolaire.

- Le même problème se posait pour les visites médicales des enfants sportifs ; en effet, en tant que médecin scolaire nous étions médecin de l'association sportive de l'établissement et nous devions délivrer le certificat d'aptitude aux sports pratiqués dans le cadre de l'école. A moins d'une cardiopathie importante, mais alors connue de tous, l'examen médical fait à

l'école, même avec une épreuve de Martinet, ne nous semblait pas suffisant pour apprécier les capacités physiques de l'enfant et les risques réels d'une épreuve sportive. Cette épreuve consistait à faire pratiquer une vingtaine de flexions sur les jambes en 40 secondes ; le rythme cardiaque dont l'accélération ne doit pas dépasser 30 pulsations/minute, doit être revenu au rythme de base en deux minutes au maximum. De plus, la tension artérielle ne doit pas s'élever de plus de 2 cm Hg pour la pression systolique et de 1 cm Hg pour la pression diastolique.

Une certaine collaboration avec le professeur d'éducation physique était donc nécessaire ; elle nous permettait de mieux connaître la nature et la difficulté des exercices physiques et les renseignements que nous fournissait le professeur sur le comportement des enfants lors de ces exercices permettent une meilleure répartition dans les différents groupes d'éducation physique.

- D'autres examens médicaux pouvaient être pratiqués sur la demande des parents, du maître, d'un membre de l'équipe médicale ou encore des enfants eux-mêmes, mais ce dernier cas ne s'est pas présenté.

Ainsi nous nous sommes efforcés de pratiquer les examens médicaux d'après les instructions générales, mais les difficultés d'application sont vite apparues. Tout d'abord certains enseignants, ayant sans doute encore en mémoire le temps où eux-mêmes passaient la visite médicale à l'école, ne la considéraient pas avec tout

le sérieux nécessaire. Les élèves ressentaient parfois cette visite comme une obligation scolaire supplémentaire, une formalité, et le médecin était parfois considéré comme le "complice" de l'administration. D'ailleurs certains élèves, en particulier ceux des classes pratiques, ne répondaient pas aux convocations. Il y avait de plus la défiance de certains parents qui, se méprenant sur le sens des termes "pose du timbre tuberculinique", signalaient sur la fiche de renseignements que l'enfant était suivi par son médecin traitant et qu'ils refusaient toute vaccination à l'école.

Les examens médicaux ne se déroulaient d'ailleurs pas toujours dans les meilleures conditions. A Mantes, en particulier, en dehors des bilans de santé obligatoires, le nombre des enfants n'ayant pas été examinés depuis plusieurs années ou présentant des difficultés scolaires était tel que la seule journée dont nous disposions était nettement insuffisante ; aussi nous ne pouvions approfondir les discussions que nous avions avec les enfants et de plus il était très difficile de vérifier si ceux d'entre eux que nous avions adressés pour traitement ou rééducation avaient réellement consulté, la secrétaire médicale ne disposant elle, que de deux journées par semaine.

Estimant qu'il s'agissait d'une priorité absolue, nous avons cependant fait en sorte que les bilans de santé, lors des visites d'admission en cours préparatoire, se déroulent dans les meilleures conditions possibles en prenant tout le temps nécessaire. La présence des parents permettait un plus grand intérêt de leur

part à la médecine scolaire, et les conseils que nous pouvions donner avaient beaucoup plus de chances d'être suivis que s'ils étaient donnés par l'intermédiaire d'un bulletin de santé. Malgré tout, le dépistage des risques d'inadaptation à ce niveau, surtout en ce qui concerne les facteurs sociaux d'inadaptation, reste encore tardif étant donné la proximité du passage à l'école élémentaire où les premières difficultés vont apparaître. En effet, aucune rééducation n'est possible entre le moment de la visite et celui de l'entrée en cours préparatoire, d'autant qu'il s'agit là de la période des grandes vacances.

3° - Relations

. Avec les autres membres de l'équipe médicale : A Andrésy nous travaillions en collaboration avec une infirmière qui était également assistante sociale municipale. A ce titre, elle connaissait bien les familles dans lesquelles se posaient de graves problèmes, ce qui nous aidait beaucoup lors de la visite médicale ; de plus, elle était bien placée pour intervenir, le cas échéant, auprès des familles ou de la mairie en particulier pour aider les familles défavorisées dont nous voyions les enfants en visite médicale.

Par ailleurs, en poste depuis de nombreuses années, elle connaissait les enseignants des différents établissements d'Andrésy, ce qui nous permettait d'avoir de nombreux renseignements sur le comportement scolaire des enfants.

A Mantes nous étions aidé par une secrétaire médi-

cale qui connaissait bien également les enfants et les enseignants, mais qui était moins disponible du fait de son statut de "vacataire". En dehors de la préparation des visites, elle assurait la liaison avec le médecin titulaire du secteur, essentiellement pour des problèmes techniques, ou avec l'assistante sociale.

. Avec les enseignants : Nous avons toujours essayé d'entretenir de bonnes relations avec les enseignants ; nous avons pu nouer de nombreux contacts par le simple fait de prendre nos repas à l'école. Mais cela était beaucoup plus facile à Andrésy du fait, entre autres, de la petite taille et du faible effectif du CES.

Comme nous le verrons dans le cadre des inadaptations scolaires, ces relations sont très importantes et contribuent à donner à l'enfant en difficulté un maximum de chances.

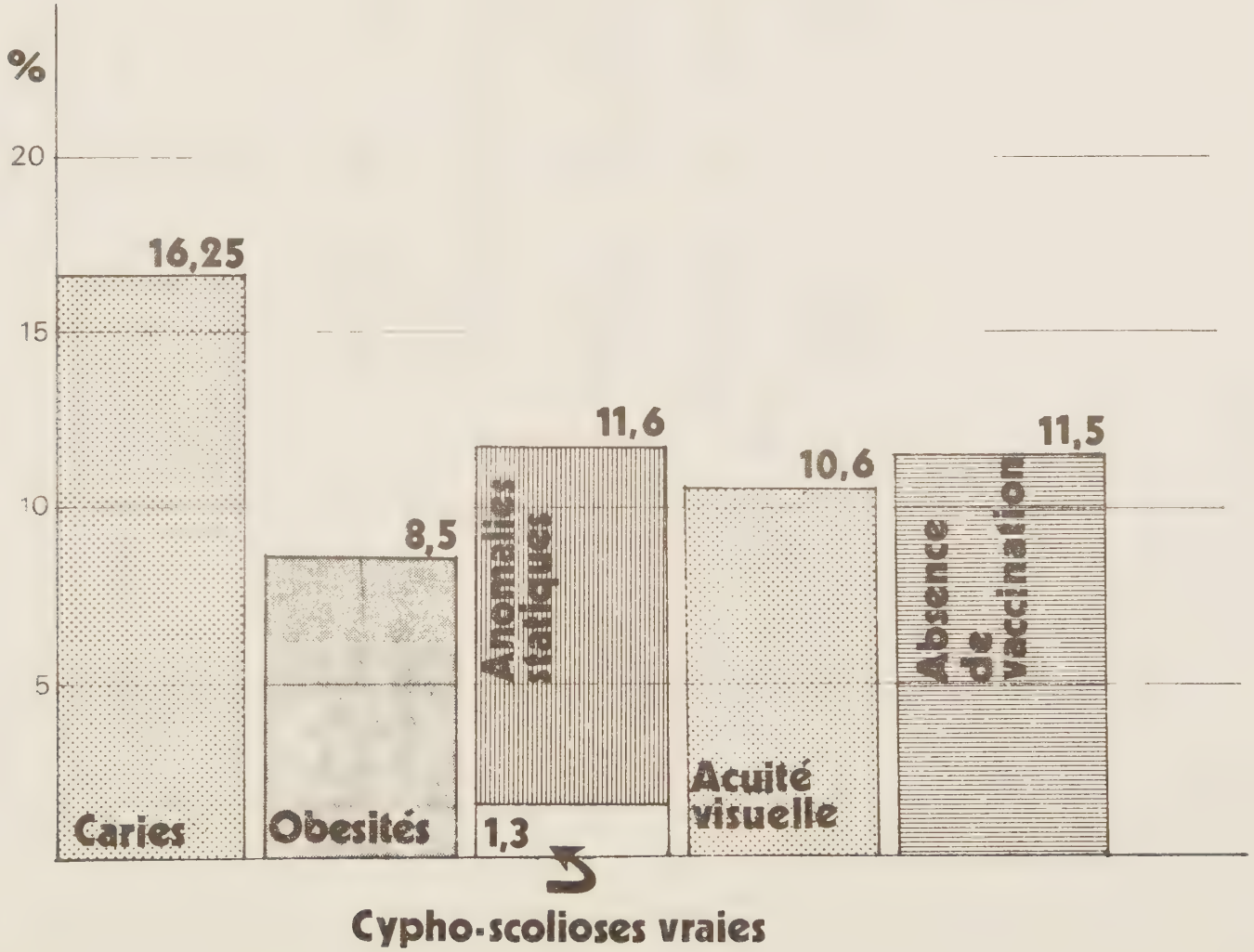
Le maître est en effet bien placé pour signaler un fléchissement scolaire ou tout événement anormal survenant chez un élève. Il peut avoir des idées précises sur les causes des difficultés rencontrées par certains enfants. Mais l'enseignant qui de fait n'a jamais quitté l'école, a tendance à voir les enfants du seul point de vue scolaire ; pour lui, la réussite est essentiellement la réussit scolaire et le bon élève sera celui qui parviendra à "passer dans le moule" que constitue l'institution scolaire. Il faut donc demander aux enseignants de faire preuve de compréhension pour les enfants s'adaptant mal au système scolaire, sans porter de jugements hâtifs. En effet des éléments extérieurs à l'école, n'ayant rien à voir avec

les capacités intellectuelles de l'enfant, ou propres à son développement, peuvent influencer son comportement. De plus l'enseignant a facilement tendance à vivre l'échec des enfants comme son échec propre et donc à s'en "déculpabiliser" en cherchant à lui mettre une étiquette : cancre, paresseux, dyslexique, malade, etc...

Il est donc nécessaire que le maître soit informé des grandes étapes de la croissance de l'enfant et des risques qui le menace au cours de son développement physique, intellectuel et affectif, et que son optique soit confrontée à celle de quelqu'un qui n'est pas engagé dans le processus pédagogique de l'école.

PRINCIPALES ANOMALIES SOMATIQUES

	9 - 10 ans (267)	12 - 13 ans (202)	14 - 15 ans (384)	15 - 16 ans (175)	Moyenne sur 1 028
Caries dentaires	12 %	20,8 %	14,4 %	17,7 %	16,25 %
Obésité	4 %	9 %	10,1 %	11 %	8,5 %
Trouble de la statique	10,5 %	16 %	13,2 %	6,7 %	11,6 % (dont 1,3 % de cyph scolioses vraies)
Baisse de l'acuité visuelle	6,6 %	14,3 %	11,5 %	10,3 %	10,6 %
Absence de vaccination		11,9 %	15,9 %	18,2 %	11,5 %


%
20
15
10
5
16,25
8,5
11,6
10,6
11,5
Caries
Obesités
Anomalies statiques
1,3
Cypho-scolioses vraies
Acuité visuelle
Absence de vaccination

AUTRES ANOMALIES SOMATIQUES

Sur 1028 enfants	Nombre	Age
Cardio-vasculaires	4 souffles systoliques 2 H T A	13 - 15 ans
Images radiologiques anormales	2 opacités nodulaires	13 - 15 ans
Ectopiens	5	8 - 9 ans
Dermatoses	14	13 - 15 ans
Enurésie	3	12 - 14 ans
Hernie inguinale	1	8 - 9 ans
Kyste synovial du poignet	1	15 ans 1/2

IV - ANOMALIES SOMATIQUES

Au cours des examens médicaux nous avons dépisté un certain nombre d'anomalies somatiques. Pour chaque type d'anomalie nous avons établi un classement en fonction de l'âge en recherchant un âge de plus grande fréquence. Puis nous avons tenté d'expliquer les résultats et envisagé des solutions.

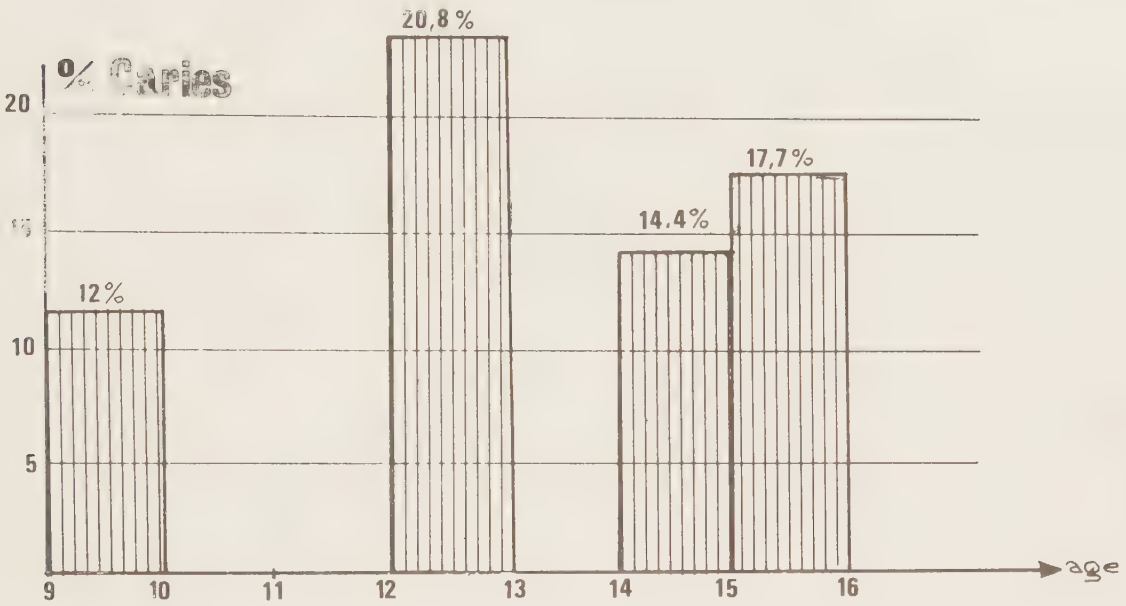
1° - Problèmes dentaires

Les statistiques montrent que 50 % des enfants de 3 ans sont porteurs de 3 caries en moyenne. Ce pourcentage augmente avec l'âge (90 % des enfants de 6 ans ont 6 caries en moyenne). Dans notre étude nous avons pris en considération le nombre d'enfants porteurs de caries que nous avons dépistées lors de visites médicales, soit 157 enfants, sans tenir compte des caries soignées ou en cours de soins.

L'hygiène bucco-dentaire était souvent inexistante : il n'était pas rare de trouver dans une même bouche, chez des enfants de 14-15 ans, plusieurs énormes caries datant de plusieurs années.

Les chiffres des caries non soignées montrent que les enfants de 12-13 ans sont les plus touchés : 20,8 % et que ceux de 9-10 ans, les plus jeunes que nous ayons vus, le sont le moins, 12 %. En fait, si l'on excepte ce chiffre de 20,8 % dû peut-être au fait que les enfants de 12-13 ans examinés sont essentiellement des élèves de classes de transition ou de S.E.S. (72 %), issus de milieux

défavorisés et donc moins bien suivis, il semblerait que le nombre d'enfants porteurs de caries croisse avec l'âge.



Nous avons insisté auprès de chacun d'entre eux sur la gêne que peut entraîner une douleur dentaire, sur les risques d'infection et la nécessité d'un traitement précoce, et nous les avons adressés au chirurgien-dentiste. De plus nous avons, à l'occasion, donné quelques conseils d'hygiène dentaire en indiquant l'intérêt du brossage régulier des dents et de la limitation des sucreries entre les repas.

Nous avons, par ailleurs, dépisté et adressé 23 enfants porteurs de malpositions dentaires.

2° - Obésités

Parmi les 88 enfants que nous avons classés dans la rubrique "obésités", beaucoup ne sont pas de vrais obèses et ont

simplement un poids quelque peu excessif. Nous avons d'ailleurs réparti ces enfants en trois groupes en fonction de leur poids.

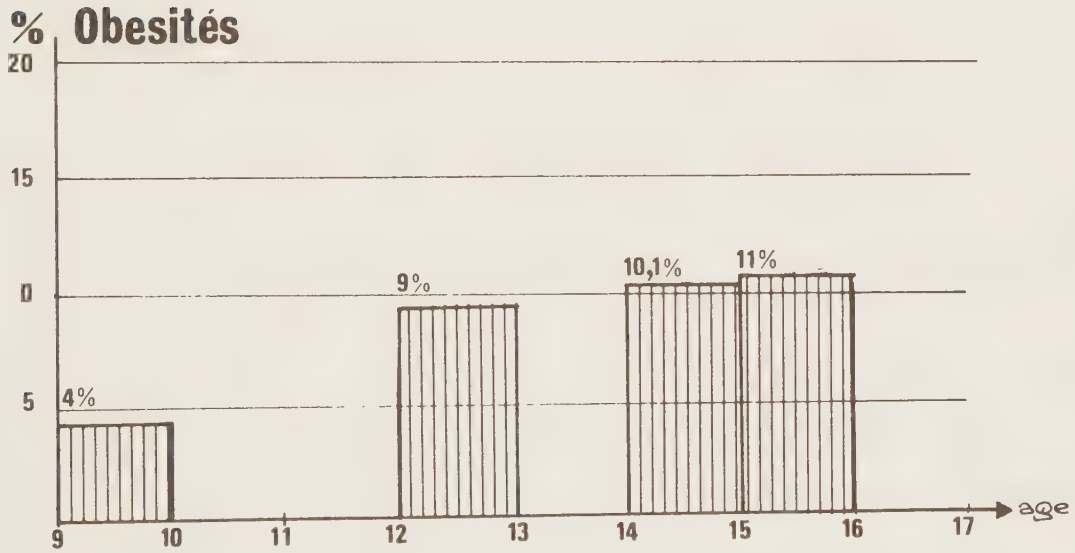
Sur les 88 enfants :

18 % ont un poids supérieur à 3 déviations standard (DS)

40 % ont un poids compris entre 2 DS et 3 DS

42 % ont un poids compris entre 1 DS et 2 DS

De plus, il semble que les obésités soient plus fréquentes à l'âge de la puberté ; environ 10 % des enfants examinés dont l'âge varie entre 13 et 16 ans, ont un poids excessif, contre 4 % pour les enfants de 9-10 ans.



Chez ces enfants il est fréquent de retrouver un parent obèse ou de mauvaises habitudes alimentaires. Dans certains cas, nous nous sommes demandé si l'obésité n'avait pas été déclenchée

par un traumatisme quelconque, un élément ayant perturbé la vie de l'enfant ; en fait, les conditions de la visite ne nous permettaient pas une telle recherche.

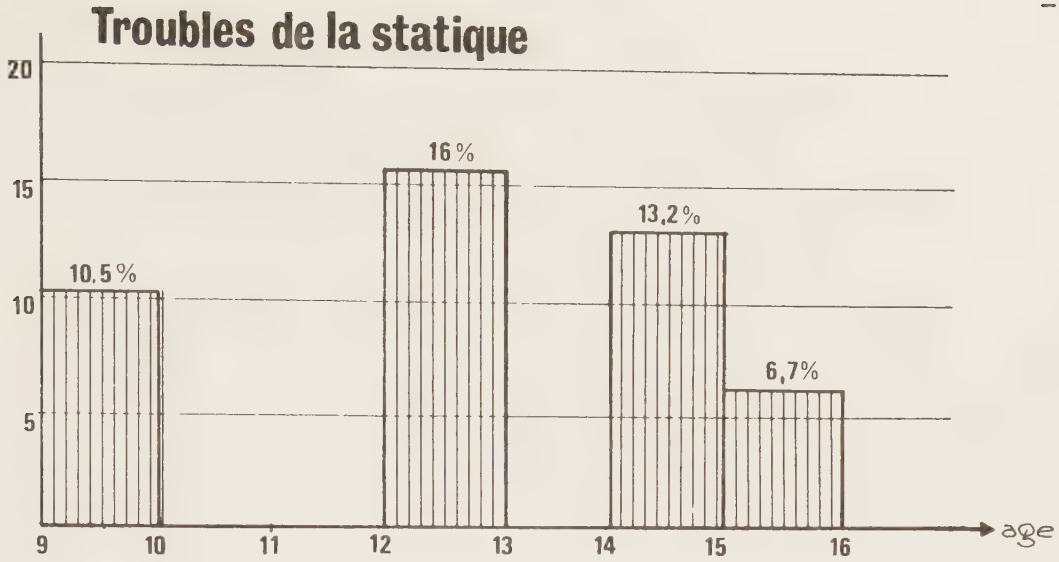
Néanmoins, après avoir éliminé une cause organique et en particulier un problème endocrinien, il fallait convaincre ces enfants et surtout certains d'entre eux de la nécessité de maigrir.

Lorsque le poids était compris entre 1 DS et 2 DS ou, à la rigueur, légèrement supérieur à 2 DS, et dans la mesure où le contact était facile et l'enfant conscient de son état, on conseillait un régime hypocalorique avec une bonne répartition des repas dans la journée ; on proposait la pratique modérée d'un sport et en particulier celle de la natation. Dans les autres cas, et surtout si le poids était supérieur à 3 DS, l'enfant était confié au médecin traitant.

3° - Troubles de la statique

Sur les 1028 enfants examinés à Mantes et Andrésy, près de 12 % présentaient un trouble statique à type de cypho-scoliose.

Le nombre de ces anomalies augmente à l'âge qui correspond à peu près au début de la puberté pour diminuer ensuite ; en effet en sont atteints : 10,5 % des enfants de 9-10 ans, 16 % des enfants de 12-13 ans, 13 % des enfants de 14-15 ans et 6,7 % de ceux de 15-16 ans.



Dans près de 9 cas sur 10 nous avons observé de simples attitudes cypho-scoliotiques ; la déformation du rachis n'était pas très importante et se corrigeait facilement. Aussi nous nous contentions de signaler l'anomalie dans le dossier de façon qu'on puisse suivre l'évolution lors d'examens ultérieurs. On pouvait cependant conseiller aux élèves concernés de pratiquer la natation, d'éviter le port de sacs trop lourds et toujours du même côté.

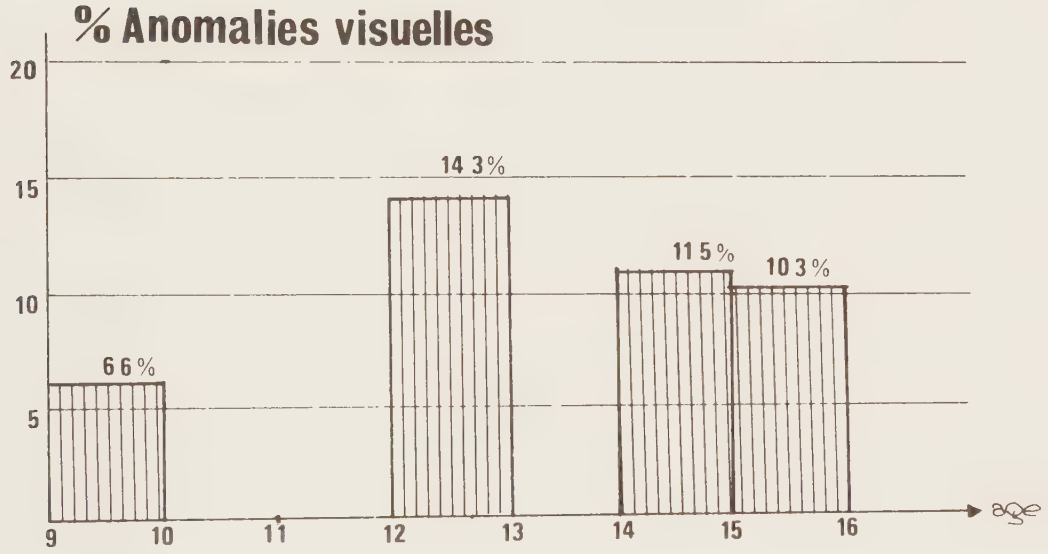
Dans les autres cas, une déformation importante ne se corrigeant pas, nous faisait suspecter une cyphose ou une scoliose, et l'enfant était confié à son médecin traitant pour bilan et prescription de séances de gymnastique corrective.

4° - Anomalies de la vision

Lors de la préparation des visites médicales était recherchée une baisse de l'acuité visuelle par la méthode Monoyer. Une note de 1 à 10 était attribuée à chaque oeil en fonction de la grosseur des lettres ; si le total pour les deux yeux était inférieur à 16, l'enfant était adressé en ophtalmologie. S'il était compris

entre 16 et 18, et particulièrement en cas d'une nette différence de vision entre les deux yeux, l'enfant était averti qu'une correction pourrait être nécessaire et on lui demandait de se manifester en cas de céphalées, de fatigue visuelle ou de sensation de flou. De plus, le cas était signalé dans le dossier.

Quelques cas d'anomalies de la vision chromatique ont également été dépistés ; il en a été fait mention, essentiellement en vue de l'orientation professionnelle.



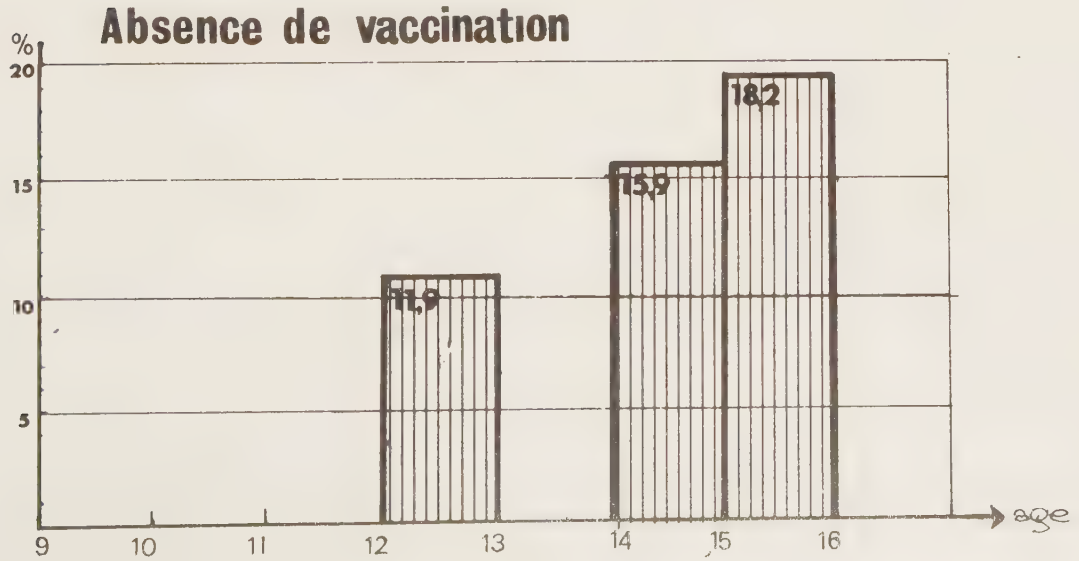
5° - Problème des vaccinations

Une attention toute particulière a été apportée au contrôle des vaccinations. Cela nous a permis de trouver 117 enfants, soit 11,4 % n'étant pas en règle sur ce plan. 20 % des enfants, pour le seul secteur de Mantes, avaient des vaccinations incomplètes ou manquantes contre 2 % pour Andrésy, où un contrôle est pratiqué chaque année.

Les vaccinations se faisant dans les premiers mois de la vie, à savoir D.T.coq., polio et rappels, BCG, vaccination antivariolique, ont pratiquement toujours été faites, mais dans 3 cas pour cette dernière et dans 5 cas pour le BCG, nous n'avons retrouvé aucune preuve de vaccination dans les dossiers, et le timbre s'était avéré positif chez 2 enfants sur les 5 signalés. Nous avons cependant tenté d'obtenir des renseignements en nous adressant soit aux parents, soit aux écoles fréquentées précédemment, quand cela était possible : et nous avons adressé ces deux enfants à leur médecin pour bilan et surveillance.

Sur les 117 enfants dont les vaccinations n'étaient pas en règle, 94 - soit 80 % - n'avaient pas subi le rappel DT Polio de façon régulière. Le nombre de ces enfants croît d'ailleurs avec l'âge, ce qui peut s'expliquer par le fait que les risques de négligence augmentent avec le temps.

Nous avons insisté auprès de ces enfants ainsi qu'auprès de 15 autres pour lesquels le timbre tuberculinique était négatif sur la nécessité des vaccinations, et nous avons demandé aux parents, au moyen des bulletins de santé, de faire pratiquer ces vaccinations.



6° - Troubles cardio-vasculaires

En dehors de plusieurs souffles déjà découverts lors d'examens antérieurs, nous avons trouvé un souffle systolique chez 4 enfants ; il n'y avait aucun signe d'accompagnement et la radio systématique avait montré un coeur de volume normal. Nous n'avons pas jugé bon d'alarmer les parents ; néanmoins nous avons demande qu'ils soient examinés au début de l'année scolaire suivante.

Deux cas d'hypertension artérielle accompagnant des obésités ont été dépistés chez des enfants de 14-15 ans. Les chiffres tensionnels étaient de 15/8 et 14/7.

Nous n'avons pu avoir aucune nouvelle de ces enfants que nous avions adressés à leur médecin.

7° - Ectopies testiculaires

Nous avons retrouvé une ectopie testiculaire chez 5 enfants de 8-9 ans. Nous avons parlé d'ectopie lorsqu'un testicule restait de façon permanente hors des bourses, au-dessus de l'anneau inguinal.

Ces 5 enfants ont été confiés à leur médecin ; une seule réponse dans laquelle était indiqué le traitement entrepris nous est parvenue.

8° - Enurésies

Trois enfants énurétiques ont été dépistés à Mantes. Ces enfants, de 12-13 ans, appartenaient aux classes de

transition. Nous avons tenté de rapprocher ces énurésies des difficultés ou échecs scolaires ; de même nous avons pensé à un possible problème affectif.

A l'interrogatoire d'un de ces enfants il s'est avéré que l'énurésie cessait en colonie de vacances mais une exploration approfondie n'a pu être possible lors de la visite.

9° - Dermatoses

Une dermatose a été dépistée chez 14 enfants de 14-15 ans. Pour 8 d'entre eux il s'agissait d'acné, et à 3 de ces enfants particulièrement atteints nous avons conseillé un traitement rapide étant donnés les risques d'infection. Les 6 autres étaient porteurs d'eczema.

10° - Autres anomalies somatiques

D'autres anomalies somatiques ont été dépistées. Ainsi nous avons vu un kyste synovial du poignet chez un enfant de 15 ans 1/2 et une hernie inguinale chez un enfant de 8 ans 1/2.

Mais surtout les examens radiologiques systématiques ont permis de dépister chez 2 enfants des images à type de nodules intrapulmonaires. Ces enfants ont été adressés en ville pour des bilans plus complets.

En fait nous devons bien nous demander dans quelle mesure les conseils que nous avons donnés lors des visites ont été

suivis par les enfants . Pour ceux dont l'état nécessitait l'intervention du médecin traitant, nous n'avons pas pu connaître les résultats des consultations ; nous n'avons même pas pu savoir, d'ailleurs, si les enfants avaient réellement consulté. Ce n'est que dans quelques rares cas que nous avons eu une réponse du médecin traitant.

Tout cela, bien sûr, diminue l'intérêt du dépistage et pose le problème des relations ou plutôt du manque de relations entre médecin de ville et médecin scolaire. Il faut dire que les "avertissements" mis à notre disposition pour correspondre avec les médecins traitants ne favorisent guère les relations courtoises. Aussi peut-être vaudrait-il mieux rédiger une lettre, mais il faudrait aussi que les médecins soient convaincus de la nécessité des relations avec le médecin scolaire et ce, dans l'intérêt de leurs patients.

Afin que le dépistage ait une suite et que des soins soient réellement donnés, il faudrait peut-être créer des "dispensaires scolaires" où les enfants seraient envoyés automatiquement par le médecin scolaire et où ils pourraient être suivis à la fois par le médecin traitant et le médecin de l'école. D'ailleurs dans certaines communes, et en particulier à Andrésy, des séances de vaccination sont organisées dans le cadre de la commune par les médecins de ville ; il suffirait donc d'aller un peu plus loin dans cette voie.

Une autre solution pourrait être de confier des des responsabilités thérapeutiques au médecin scolaire qui pourrait ainsi, sous réserve d'une diminution de son secteur, s'assurer réel-

lement et personnellement des suites données au dépistage initial. Cela serait d'autant plus utile que les enfants vivent dans des conditions sociales plus mauvaises ; dans ce cas le médecin traitant est souvent un mythe.

V - INADAPTATIONS SCOLAIRES

A l'école élémentaire et dans le secondaire

En plus des nombreuses anomalies somatiques, ce sont les difficultés scolaires passées et présentes d'un grand nombre d'enfants, leur mauvaise intégration à l'école, qui ont attiré notre attention. D'ailleurs ces élèves se retrouvent essentiellement dans les structures "marginales" que sont les classes de transition, les classes pratiques (appelées plus récemment classes pré-professionnelles de niveau (CPPN) et d'aptitude (CPPA), les sections d'éducation spécialisée, les classes de perfectionnement.

Ces enfants ont souvent accumulé les échecs depuis l'école primaire et ils ont, en général, de 1 à 2 ans de retard par rapport à l'âge considéré comme normal pour chaque niveau.

Devant de tels enfants souvent indisciplinés, instables, mais aussi tristes ou apathiques, médiocres sur le plan scolaire, on invoque trop souvent une inaptitude à l'étude, un niveau intellectuel insuffisant ou bien un profond désintérêt pour les disciplines intellectuelles. En fait, les observations lors des visites médicales, nous ont donné à penser que la première hypothèse ne pouvait concerner qu'un nombre très restreint d'élèves, et pour ce qui est de la seconde, le problème revient à rechercher la cause d'une telle désaffection à l'égard du travail scolaire.

A. RECHERCHE DES CAUSES

Notre premier objectif était donc de trouver une ou des raisons à ces inadaptations. En fait, cette tâche s'est avérée difficile pour plusieurs raisons. En premier lieu, bon nombre d'enfants des classes primaires et du second degré, en particulier ceux des classes "marginales" avaient un dossier médical incomplet ; beaucoup n'avaient pas subi la visite d'admission en cours préparatoire. Nous étions ainsi privés de la connaissance d'un certain nombre d'éléments qui ont pu intervenir dans la génèse d'une inadaptation à l'école : cela rendait bien sûr impossible toute comparaison entre différents groupes de la population scolaire, et toute étude de l'évolution individuelle. D'autre part, notre manque d'expérience ne nous permettait pas, à l'issu d'un examen, de bien cerner les raisons de l'inadaptation à l'école chez tel enfant.

Nous nous sommes donc attaché à constater chez certains enfants ayant des difficultés scolaires l'existence de problèmes pouvant être à l'origine de ces difficultés sans pour autant établir de relation de cause à effet.

1° - Elimination d'une cause organique

Dans un premier temps nous avons cherché à éliminer une cause organique, une maladie grave ou un accident ayant pu entraîner une absence prolongée. Nous citerons le cas de 2 enfants qui ont vu leur vie scolaire perturbée à la suite d'accident de la route.

Nous avons également recherché un déficit sensoriel. Nous n'avons pas détecté de diminution de l'acuité auditive ayant pu entraîner un handicap. Par ailleurs, autant que nous avons pu en juger, il ne nous a pas semblé que les troubles visuels observés - des myopies pour la plupart - aient pu être à l'origine de difficultés scolaires chez les enfants examinés.

2° - Causes propres à l'école

Nous nous sommes demandé si dans certains cas ces difficultés n'étaient pas dues à l'école elle-même. Ainsi tel élève avait des problèmes de relation avec son maître, il semblait avoir du mal à s'adapter à sa personnalité ; tel autre consacrait chez lui, du fait de sa "lenteur", un nombre d'heures inconsidéré au travail scolaire, et avait du mal à suivre en classe.

Tel autre encore, de nature timide, ne s'exprimant pas aisément, "perdu" au milieu de ses nombreux camarades, semblait manifester peu d'intérêt pour l'école.

Tous ces exemples ont été pris dans les classes du cycle "normal", le problème pour les classes "marginales" se posant de façon différente et ce, plus particulièrement pour les classes de transition. En effet, si celles-ci comptaient un certain nombre d'élèves ayant eu auparavant des difficultés de cet ordre, elles nous semblaient constituer, comme nous le verrons, un facteur supplémentaire d'inadaptation à l'école.

De toutes façons l'inadaptation scolaire est le

résultat de la confrontation entre les possibilités, les aptitudes et les motivations de l'enfant et les exigences de l'institution scolaire ; celles-ci conditionnent donc la fréquence des inadaptations.

3° - Causes propres à l'enfant

Par ailleurs nous avons voulu évaluer l'incidence que pouvaient avoir sur les problèmes scolaires le développement de l'enfant, son comportement, son mode d'expression. Ainsi nous avons tenté d'établir une relation entre une période pubertaire d'une part, le rendement et les résultats scolaires d'autre part, étant donnés les bouleversements et les perturbations dans le comportement à cette époque de l'existence. Mais nous n'avons rien pu affirmer dans ce domaine.

Des troubles du langage ont été observés chez quelques enfants.

Il s'agissait d'un défaut d'élocution retrouvé chez 6 enfants à Mantes (4 en 6ème de transition, 1 en 4ème "aménagée", 1 en classe pratique) et chez 5 enfants à Andrésy (3 en CE2, 2 en CM2).4 de ces enfants étaient atteints de bégaiement plus ou moins important. 7 d'entre eux avaient un défaut de prononciation ou d'articulation.

Chez des élèves des classes de transition ou des classes pratiques dont certains avaient encore une lecture quelque peu hésitante ou une orthographe déplorable, nous avons retrouvé des antécédents de difficultés à l'écriture et à la lecture, ainsi que

des difficultés d'apprentissage au cours préparatoire. De plus, quand ces enfants avaient passé la visite d'admission à l'école primaire des insuffisances de maturité, des troubles de langage avaient parfois été détectés.

Ainsi le jeune A...T... 13 ans 1/2, 6ème de transition, dont les parents sont soudeur et OS.

Lors du bilan de santé en fin de CM2 on avait signalé une dyslexie, dysorthographie. Il ne semble pas que cet enfant ait subi de rééducation.

De même l'élève C...B... 14 ans 1/2, 5ème de transition, père ferrailleur, mère sans profession. Une dyslexie-dysorthographie avait été mentionnée dans le dossier médical de cet enfant lors d'un examen en classe primaire.

4° - Conditions de vie

Une certaine fatigue était parfois observée chez certains élèves en difficulté. Notre attention était attirée par un manque de dynamisme, des yeux cernés, une remarque d'un enseignant jugeant tel enfant un peu "endormi" ou dans les nuages. L'interrogatoire nous a révélé que dans certains cas le trajet maison-école était trop long : mais nous avons surtout retrouvé de mauvaises conditions d'habitation (logements surpeuplés, mal insonorisés) et surtout un manque de sommeil dû aux longues soirées passées devant la télévision.

Enfin nous avons voulu apprécier les répercussions de l'indifférence de beaucoup de parents à l'égard du travail scolaire de leurs enfants sur leur inadaptation à l'école.

5° - Problèmes socio-affectifs

En fait le contexte social et affectif transparaît dans la plupart des cas où un des facteurs d'inadaptation évoqués plus haut a été retrouvé.

Ainsi, par exemple, les conditions de logement précaires auxquelles nous avons fait allusion ne peuvent concerner que des milieux socio-économiquement défavorisés.

De plus, les situations difficiles entraînant parfois des conflits au sein de la famille, peuvent être à l'origine de traumatismes affectifs compromettant le travail scolaire.

A tout cela s'ajoute pour les petits immigrés les difficultés liées à la langue et à l'intégration.

Un tableau récapitulatif permettant de situer les enfants par rapport à l'environnement ainsi que l'évocation de quelques cas particuliers serviront à étayer nos impressions.

D'ailleurs la corrélation milieu familial-difficultés scolaires est la seule que nous ayons pu faire sans gros risque d'erreur, en nous appuyant sur des chiffres précis.

Dans notre tableau nous avons réparti les enfants

B - TABLEAU SITUANT LES ENFANTS EN DIFFICULTE PAR RAPPORT A L'ENVIRONNEMENT

ANDRESY

	3è-5è-CE 2-CM 2	CM 2 spécial. 6è) transition 5è (
	en %	en %
	369	60
RS	13,5	53
Prof.	36 - 15	63 - 1,5
E.	2,7	11,6
Pb.F	2,7	10

MANTES

	4è - 3è	Transitions-classes pratiques S.E.S.
	en %	en %
	227	372
RS	28	84
Prof.	50,6 - 10,2	74,5 - 2,7
E.	1	14,7
Pb. F	4,8	9,6

RS : % de retards scolaires 1 an

Prof. : Profession des parents (ouvriers, employés-niveau d'études supérieures)

PbF : % problèmes familiaux

E : % étrangers

ANDRESY - MANTES en %		
	596	432
PS	21	6
Prof.	43 - 13	69 - 2
Pb. F	3,7	9,3

en deux groupes et ce, d'abord pour chaque secteur, puis pour les deux secteurs à la fois (Mantes plus Andresy) : d'une part les enfants des classes appartenant au cycle normal, d'autre part ceux des classes "marginales". Nous voyons que ceux-ci, en particulier dans les classes de transition et les classes pratiques, ont dans leur grande majorité redoublé une ou deux fois dans le primaire.

De plus, le nombre d'enfants issus de milieux défavorisés est bien plus important dans ces classes que dans les classes "normales" (69% contre 43%).

Les pourcentages sont inversés lorsqu'il s'agit d'écoliers dont les parents ont un emploi correspondant à un niveau d'études supérieures (2% contre 13%).

Il semble également que les situations familiales difficiles (parents décédés ou séparés dans la grande majorité des cas mais aussi invalidité du père, enfants placés ou venant de l'Assistance Publique) concernent plus volontiers les enfants des classes "marginales". 9,8 % des enfants contre 3,7 % dans les classes normales. Il en est de même pour les petits immigrés, plus fréquemment rencontrés en classe de transition qu'en 6ème ou 5ème normale (13,2 % contre 1,9 %).

Nous citerons en marge de ces chiffres le cas de 11 enfants de 6ème de transition appartenant à des familles de plus de 5 enfants.

Quelques cas particuliers :

- P...C... 14 ans - 5ème de transition

Enfant venant de l'Assistance Publique, placé depuis l'âge de 5 ans.

Agité en classe, agressif

Il a des difficultés de relation avec la nourrice.

- P...V... 15 ans - 5ème de transition

Père chaudronnier - mère soudeuse

Avait 2 ans de retard scolaire en CM 2

le père est tuberculeux. L'enfant affirme avoir été malade ???

- G...P... 13 ans - 6ème de transition

Etait l'année précédente en 6ème A

Placé à 2 reprises il y a 2 et 4 ans

Enfant très perturbé. Père éthylique décédé en Octobre 1973

Les parents étaient séparés depuis 6 ans. La mère était remariée

- S... 12 ans 1/2 - 6ème de transition

Etait l'an dernier en 6ème normale

Mère décédée en 1965

Difficultés de relation avec la belle-mère. Est battu

Présente de nombreuses traces de coups

Fabulation excessive d'après les maîtres.

La famille était d'ailleurs connue par l'assistante sociale

- J...C... 14 ans - 4ème aménagée

Parents divorcés

Mère n'ayant pas le sens des responsabilités d'après le rapport de l'assistance sociale. De grosses responsabilités sont laissées à l'enfant

C. CAS PARTICULIER DES S.E.S. (Sections d'éducation spécialisées)

Parmi les structures "marginales", les S.E.S. occupent une place à part. Celles-ci sont en effet destinées à accueillir, comme on l'a vu, des enfants débiles légers. Le fait est que 86 % des enfants examinés dans ces classes (sur un nombre de 84) sont issus de milieux modestes ; de plus sur ces 84 enfants 12,5 % sont étrangers et des difficultés familiales touchent 15 % d'entre eux.

Tous les enfants de 4ème et 3ème des S.E.S. examinés ont été autorisés à travailler sur machines et, en l'occurrence, à faire de la menuiserie sauf 2 d'entre eux qui, du fait de troubles moteurs importants avec maladresse, agitation, ont été orientés vers la maçonnerie.

Dans l'ensemble, ces enfants s'adaptaient assez bien aux travaux qui leur étaient proposés.

Quelques cas particuliers sont évoqués ici. Ainsi :

- A... 3ème S.E.S.

Père O.S. Parents ayant peu le sens des responsabilités. Enfants livrés à eux-mêmes

Tentative d'autolyse à l'âge de 10 ans

On retrouve chez cet enfant un sentiment d'insécurité, d'abandon, d'incapacité.

- E... 4ème S.E.S. QI _ 80

Milieu familial perturbé ; vit chez ses grands-parents.

- C... 4ème S.E.S.

Enfant craintif, provoque ses camarades, puis recherche protection auprès du maître

- B... 4ème S.E.S.

Milieu fruste, socio-culturellement très modeste

Mère illettrée ; famille de 7 enfants

- J...Enfant triste, apathique de QI normal

La mère a été déportée en camp expérimental et est poliomyélitique. Père décédé. Milieu très perturbé.

Compte tenu des chiffres évoqués plus haut et à la lumière de ces quelques exemples, on peut se demander dans quelle mesure le milieu, les problèmes affectifs ou les traumatismes psychiques subis par ces enfants n'ont pas influé sur l'évolution de leurs capacités intellectuelles.

D. ROLE DU MEDECIN SCOLAIRE

Devant ces difficultés scolaires nombreuses et diverses nous avons tenté d'apporter un début de solution.

Pour les élèves des classes "normales", l'aide des parents était plus facile à obtenir ; le niveau socio-culturel était généralement satisfaisant. Nous citerons deux exemples :

. Nous avons eu à examiner un enfant de CE 2, venant d'une autre école, affecté d'avoir été remis dans la classe inférieure en CE 1. De même, la mère, présente lors de l'examen, comprenait mal cette décision.

Cet enfant avait de grosses difficultés de lecture et d'écriture avec confusions de sons et inversions. Il a fallu convaincre l'enfant et sa mère du bien fondé de la décision en insistant sur les risques d'échec en CE 2, malgré de gros efforts, et sur les risques de découragement qui pourraient s'ensuivre. Nous avons de plus engagé la mère à demander l'aide d'un rééducateur. Cette rééducation a effectivement eu lieu et quelques mois plus tard des progrès scolaires ont été enregistrés.

. A la suite d'un entretien avec un élève de CES il est apparu que celui-ci souffrait du divorce récent de ses parents. Nous avons essayé de l'aider à se situer dans le nouveau contexte familial et nous avons demandé aux parents qui, d'ailleurs, se sont montrés compréhensifs, de faire en sorte que cette situation perturbe le moins possible leur enfant.

Pour les classes marginales, et en particulier pour les classes de transition, le problème se posait de façon différente. Ces classes, censées être des classes de rattrapage, re-

cueillent, comme nous l'avons vu, les enfants ayant subi des échecs. Beaucoup d'entre eux avaient eu des difficultés d'écriture et de lecture depuis le début de la scolarité et n'avaient pas été rééduqués. En fait il ne s'agit trop souvent que de classes "dépotoirs" pour enfants jugés incapables de faire une scolarité normale et pour lesquels les perspectives d'avenir scolaire sont à peu près nulles.

De ce fait nos possibilités d'action ici étaient très limitées ; c'est pourquoi il fallait faire en sorte que le minimum d'élèves aillent dans ces classes. Dans cette perspective et à l'occasion de contacts avec les enseignants des classes primaires, nous leur avons demandé de nous signaler les élèves chez lesquels ils avaient remarqué un comportement anormal ou un rendement scolaire insuffisant. Nous avons insisté sur le fait que ces enfants n'étaient pas forcément inaptes à suivre dans le cycle normal et qu'un problème médical, social ou affectif pouvait exister. De plus, il ne s'agit pas de "produire" un certain type d'élèves selon des règles et des habitudes bien établies mais de faire en sorte que l'école soit au service de tous les enfants et qu'elle permette à leur personnalité de s'épanouir.

Pour ce qui est des enfants des classes de transition, il fallait tout au moins essayer de contribuer à replacer certains d'entre eux dans le cycle normal. Par exemple, nous avons attiré l'attention des maîtres sur le cas de deux enfants venant d'ailleurs de 6ème normale et présentant des troubles affectifs im-

portants du fait d'un climat familial très perturbé, et nous avons demandé qu'une aide particulière leur soit accordée.

Etant donné le manque de places, nous n'avons adressé que 3 enfants au centre médico-psycho-pédagogique de Mantes (CMPP).

Ces enfants ont été choisis en fonction de l'importance des problèmes sociaux auxquels ils étaient confrontés, de leurs possibilités et de leur volonté à suivre un enseignement long. Les CMPP comprennent des médecins, psychologues, assistantes sociales, rééducateurs psycho-pédagogiques ; ils fonctionnent comme des centres de rééducation mais aussi comme des centres de diagnostic.

Dans un seul cas nous avons appris par lettre du CMPP de Mantes qu'une rééducation avait été entreprise mais nous n'avons pas eu connaissance des résultats.

E. DIFFICULTES RENCONTREES

En fait, pour l'ensemble des enfants des classes de transition les difficultés sont bien difficiles à résoudre.

Il suffit d'interroger ces enfants pour se rendre compte que la plupart d'entre eux ont vécu le passage dans ces classes comme un échec. Ces enfants ont conscience d'être à part, hors de la société scolaire "normale" et ils savent que leur avenir scolaire est plus que limité : les collèges d'enseignement technique qui sont leur seul débouché possible, n'en admettent qu'un nombre restreint.

Pratiquement ces classes de transition créent une ségrégation sociale à l'école.

Ainsi aux difficultés scolaires, aux échecs successifs, s'ajoute un sentiment de frustration qui peut expliquer une instabilité, voire une agressivité ou au contraire un repli sur soi.

De plus, ces classes sont surchargées, les maîtres n'ont reçu aucune formation spéciale et sont peu au courant des problèmes qui se posent dans le monde du travail et auxquels seront confrontés leurs élèves à brève échéance ; ils font donc des cours de "rattrapage" comme s'ils croyaient à un retour possible en classe "normale". Tout cela est bien entendu incompatible avec tout progrès. Par ailleurs, l'importance donnée à l'âge, au nombre d'années de retard, quelle qu'en ait pu être la cause, pour l'orientation, nous a paru excessive.

Nous pouvons nous demander alors si l'existence de ces classes de transition est justifiée, et dans quelle mesure elles sont utiles aux enfants.

En Février 1970 a été décidée la création de classes d'adaptation pour les enfants en difficulté. Mais le risque ici est de retrouver les problèmes posés par les classes de transition et de faire des classes "dépotoirs" d'enfants inadaptés. Plus intéressant peut-être sont les groupes d'aide psycho-pédagogique ou GAPP, structures intégrées à l'école et comprenant psychologues et éducateurs spécialisés. Ils interviennent auprès des enfants en dif-

ficulté qui demeurent dans les classes du cycle normal. Mais ces groupes sont encore en petit nombre et n'existaient pas dans nos secteurs.

A l'école maternelle (grande section)

A. COMPARAISON ENTRE MANTES ET ANDRESY

1 - Etant donné les différences de population, d'environnement entre Mantes et Andrésy, il paraissait intéressant d'établir une comparaison chiffrée sous forme de tableau. Mais ce que nous n'avions pu faire dans les écoles élémentaires et secondaires, étant données les répartitions différentes dans les classes et les différences d'âge d'une ville à l'autre, nous avons pu le réaliser pour les enfants des classes maternelles.

Les chiffres montrent que les différences observées à propos de la profession des parents, des difficultés familiales ou du nombre d'étrangers entre les classes "normales" et "marginales" se retrouvent entre les classes maternelles de Mantes et d'Andrésy.

De plus il s'agissait de la première visite médicale dans le cadre de la médecine scolaire ; la démarche ici était différente de celle suivie dans le primaire et le secondaire ; il ne s'agissait plus de rechercher quelle pouvait être l'origine d'une inadaptation observée chez un enfant. Mais il fallait chercher des éléments risquant d'entraîner ultérieurement une inadaptation.

MATERNELLES

	MANTES %	ANDRESY %
	98	154
Profession des parents (1)	66 - 6,2	28 - 20,2
% d'étrangers	21,4	2,6
Problèmes familiaux	5,1	0,05

(1) - Profession des parents :

1er chiffre : % (ouvriers - employés)

2ème chiffre : profession correspondant à un niveau d'études supérieures

MATERNELLES

(M) MANTES = 98 (A) ANDRESY = 154		Nombre en %	Prof. en %	E. en %
GR	(M)	13,3	12,3 - 0	8,2
	(A)	3,25	2,6 - 0,65	0
MR	(M)	26,3	21,2 - 0	8,2
	(A)	10,4	6,5 - 0,65	1,3
Autres	(M)	60,5	33,4 - 6,15	6,15
	(A)	86,5	17,5 - 18,9	1,3

GR : Enfants présentant un gros risque d'inadaptation

MR : Enfants présentant un moindre risque d'inadaptation

Prof. : Profession des parents : 1er chiffre : profession équivalente à celle d'ouvrier

2ème chiffre : profession correspondant à un niveau d'études supérieures

E : Etrangers

2 - De plus il s'agissait de la première visite médicale dans le cadre de la médecine scolaire ; la demande ici était différente de celle suivie dans le primaire et le secondaire. Il ne s'agissait plus de rechercher quelle pouvait être l'origine d'une inadaptation observée chez un enfant, mais il fallait chercher des éléments risquant d'entraîner ultérieurement une inadaptation.

C'est ce que je me suis attaché à faire en distinguant les enfants à "gros risque" pour lesquels nous n'avions pas donné le certificat d'admission en cours préparatoire et les enfants à "moindre risque" nécessitant une surveillance particulière dans cette classe.

De plus nous avons évalué le nombre d'enfants de chacun de ces groupes pour chaque secteur (Mantes et Andrésy) en indiquant leur répartition sociale.

Nous avons ensuite rassemblé les résultats dans un tableau. Nous avons constaté de cette façon, pour chaque secteur, que les enfants présentant un risque d'inadaptation ultérieur sont essentiellement issus de milieux défavorisés. De plus, cette origine modeste est d'autant plus fréquente que le risque d'inadaptation est grand.

Nous faisons d'ailleurs les mêmes constatations en établissant des comparaisons entre Mantes et Andrésy.

Etant donnée la répartition socio-professionnelle différente dans ces deux villes (66 % des enfants des classes de

grandes sections des écoles maternelles sont issus de milieux modestes à Mantes contre 28 % à Andrésy. Cf tableau récapitulatif), les différences de pourcentage entre Mantes et Andrésy à propos des enfants présentant un risque important d'inadaptation ou bien un moindre risque, sont évocatrices : 13 et 26 % à Mantes contre 3 et 10 % à Andrésy (cf le tableau).

Mais quels éléments risquant d'entraîner des difficultés scolaires avons-nous retenus ? Il s'agissait pour l'essentiel d'insuffisance de maturité psychomotrice, de troubles du comportement ou du langage. Nous avons parlé d'insuffisance de maturité lorsque l'enfant était pratiquement incapable de faire correctement les exercices demandés (marche à cloche-pied impossible ou très maladroite, dessin du bonhomme très rudimentaire, mauvais reproduction du carré ou du losange, impossibilité à définir par l'usage...). De plus, nous nous sommes basés sur notre impression générale à la suite de propos échangés avec l'enfant et ses parents ainsi que sur la fiche de renseignements remplie par l'institutrice. Sauf pour quelques cas particuliers nous n'avons pas pu avoir d'entretiens avec les institutrices des écoles maternelles.

Cette fiche nous a également aidé à apprécier le comportement de certains petits élèves. Il s'agissait parfois d'enfants agités, remuants, touchant à tout, incapables de soutenir leur attention lors des exercices demandés, ou bien encore parlant beaucoup en répondant "à côté" des questions posées, d'autres au contraire

étaient très intimidés et même inhibés par l'examen, complètement muets et incapables du moindre dessin. Les troubles du langage observés accompagnaient parfois les insuffisances de maturité.

Nous avons retrouvé des retards de langage (vocabulaire pauvre, temps des verbes mal employés, langage un peu "bébé"), des défauts de prononciation trois fois sur quatre à Mantes et une fois sur deux à Andrésy chez ces enfants ayant une maturité insuffisante. Ces troubles s'observaient d'ailleurs essentiellement chez les petits immigrés qui parfois comprenaient à peine le français, ainsi que chez les enfants issus de milieux socio-culturels défavorisés où les échanges sont rares, les constructions de phrases mauvaises, le mode d'expression différent de celui de l'école. De plus, les parents, souvent peu informés, ne peuvent pas ou ne sentent pas la nécessité d'aider leurs enfants et de contribuer à leur maturation. Nous citerons quelques exemples parmi ces enfants :

- François L...
La mère est O.S.et célibataire.
L'enfant est craintif et a des problèmes affectifs ; il parle un langage un peu bébé et de plus est très maladroit.

- Michèle I...
Le père est couvreur.
Cet enfant a des difficultés d'élocution ; il est souvent incapable de construire ses phrases correctement.

- B... C...

Petit Portugais dont le père est O.S.

Il ne parle pas le français et manque de maturité psycho-motrice.

B. ROLE DU MEDECIN SCOLAIRE

Lors des bilans de santé des enfants en vue de leur admission en cours préparatoire, il nous a semblé que les possibilités d'intervention à ce niveau étaient beaucoup plus importantes qu'à l'école élémentaire et surtout que les interventions, dans la mesure où elles existaient, avaient beaucoup plus de chances d'aboutir.

Etant donné la fréquence des risques d'inadaptation chez les enfants issus de milieux modestes, nous avons utilisé autant que nous avons pu les compétences de l'assistante sociale.

De plus, lors des visites d'admission, nous avons profité de la présence des parents pour leur demander de s'intéresser davantage à la vie scolaire de leurs enfants, de les aider, et dans la mesure du possible de se rendre disponibles pour leur bon équilibre psychique et affectif.

Nous les avons mis en garde contre l'insuffisance du sommeil, en qualité et en quantité, et contre les méfaits du bruit.

Par ailleurs il nous était possible alors de mieux expliquer dans tel cas ou tel autre la nécessité d'une rééducation

en insistant sur l'importance d'une certaine régularité dans les séances.

Certains parents, désireux de voir leurs enfants "prendre de l'avance" avaient demandé des dispenses d'âge en vue de l'entrée en cours préparatoire. Mis à part l'un d'entre eux, ces petits élèves ne semblaient pas avoir atteint le degré de maturité suffisant justifiant une telle dispense ; aussi nous n'avons pas donné de certificat d'admission. Aux parents mécontents nous avons dû expliquer les dangers de l'apprentissage prématuré de la lecture avec les risques d'essoufflement et de lassitude du fait de trop gros efforts.

Ce sont les mêmes propos que nous avons tenus aux mères qui se flattaient d'apprendre à lire à leurs enfants avant l'entrée au cours préparatoire.

A l'issue de ces bilans de santé nous avons soumis à la commission médico-pédagogique le cas des enfants auxquels nous avions refusé l'admission. Cette commission, de circonscription en ce qui nous concerne, est présidée par l'inspecteur primaire et comprend le medecin scolaire de secteur, des éducateurs spécialisés. Elle a pour mission de résoudre les problèmes des élèves inadaptés à une scolarité normale et de définir la nature de l'enseignement d'adaptation.

Pour les enfants présentant un moindre risque d'inadaptation, nous avons demandé aux enseignants d'être très attentifs

au comportement scolaire de ces enfants en cours préparatoire et de signaler les anomalies constituées. De plus, nous avons prévu une visite médicale à l'issue du premier trimestre de l'année suivante pour les enfants.

A chaque occasion nous avons insisté auprès des enseignants, comme auprès des parents, sur le fait que chaque enfant se développe et apprend selon son rythme propre. Un enfant qui ne sait pas lire en fin de cours préparatoire n'est pas forcément un "incapable". Cela doit être considéré comme une chose possible et non comme un échec.

30 % des enfants du cours préparatoire doivent recommencer leur année ; un si grand nombre "d'échecs" met en cause moins les méthodes d'apprentissage de la lecture que surtout l'obligation de fait (d'ailleurs non prévue dans les textes officiels) de savoir lire à la fin du cours préparatoire. Il faut donc laisser à l'enfant le temps d'acquérir les mécanismes de la lecture sans être pressé, et cela est d'autant plus important que la lecture, moyen des acquisitions, conditionne l'avenir scolaire et qu'une difficulté de lecture, par les échecs et les retards scolaires qu'elle entraîne, risque fort, comme c'est souvent le cas, de mener tout droit en classe de transition.

C. DIFFICULTES RECONTREES

Certaines difficultés sont apparues lors de ces visites d'admission ; ainsi certains enfants pour qui avait été demandée une dispense d'âge et auxquels nous avions refusé l'admis-

sion, ont tout de même été autorisés à s'inscrire en cours préparatoire.

Par ailleurs, les enfants dont nous avions présenté les cas à la commission médico-pédagogique n'avaient en fait d'autres possibilités que le maintien en grande section des écoles maternelles ou le passage en classe préparatoire malgré les risques d'inadaptation. Or le maintien en grande section étant exceptionnel à partir de 6 ans, il ne restait donc à ces enfants que la seconde solution. De plus, comme nous ne leur avions pas délivré de certificat d'admission, les parents avaient beaucoup de mal à les inscrire. Ainsi en voulant faire notre travail de médecin scolaire, nous avons créé des difficultés supplémentaires.

On peut alors se demander si la medecine scolaire doit se limiter à la description des inadaptations et s'interroger sur l'utilité et les moyens du médecin scolaire

Mais cela nous permet de nous rendre compte également que le dépistage des risques d'inadaptation à 4 mois de l'entrée à l'école élémentaire est bien tardif. C'est lors des bilans de 3 ans qu'un tel dépistage doit être fait. Cela permettrait aux enfants présentant des risques d'inadaptation d'être particulièrement suivis dans le cadre de l'école maternelle et d'être éventuellement"éduqués" ce qui est préférable à une "rééducation"ultérieure. Mais pour le moment, les classes maternelles sont insuffisantes et surchargées ; et trop d'enfants encore, surtout ceux issus de milieux défavorisés,

n'entrent à l'école maternelle qu'à l'âge de 4 ou même 5 ans. De plus, les bilans de 3 ans ou de première année de fréquentation de l'école maternelle, en principe obligatoires, ne sont pas généralisés et n'ont en tout cas pas été effectués dans nos secteurs de travail.

Ainsi, à tous les niveaux, que ce soit l'école maternelle, au cours préparatoire ou en classe de transition, le grand nombre d'échecs met en cause la responsabilité de l'institution scolaire telle qu'elle est organisée, et plutôt que de multiplier les structures d'accueil pour inadaptés telles que les classes d'adaptation (ou d'attente pour les enfants des grandes sections des écoles maternelles) peut-être faudrait-il repenser le système scolaire de façon qu'il soit accessible au plus grand nombre.

VI - LE MEDECIN SCOLAIRE ET L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

En plus du dépistage des troubles somatiques et des inadaptations, nous devions aider les enfants à choisir leur orientation.

Ainsi, lors des visites médicales des classes de fin de cycle, nous cherchions à connaître les préférences de chacun. D'ailleurs certains élèves des classes pratiques avaient eu l'occasion de se faire une idée du métier qu'ils avaient choisi lors des stages effectués dans les diverses entreprises.

De plus, les examens médicaux nous permettaient de rechercher des anomalies contre-indiquant l'exercice des professions choisies ; selon les cas, on essayait de suggérer une orientation tenant compte d'éventuelles inaptitudes.

En fin de 3ème normale, le choix est beaucoup plus large ; pour ceux qui continuaient leurs études il fallait trouver une orientation conforme à leurs goûts et à leurs aptitudes de façon à limiter au maximum les risques de difficultés scolaires.

Nous avons aussi assisté à un conseil d'orientation concernant les élèves de fin de 1er cycle. Cela nous aura au moins permis de voir comment un tel conseil se déroule. En fait, nous étions présent avec nos dossiers pour éviter qu'un élève ne

soit sous-estimé et mal orienté du fait d'un fléchissement scolaire dû, par exemple, à un problème médical ou familial, et pour veiller à ce qu'une orientation donnée ne soit pas contre-indiquée ; mais nous n'avons pas eu à intervenir.

VII - INTERET DE L'EXPERIENCE POUR LE STAGIAIRE INTERNE

Dès les premières visites médicales, nous avons vu apparaître toutes sortes de difficultés. Bien sûr nous avions effectué un stage de quelques jours auprès d'un médecin de secteur mais cela nous a surtout donné l'occasion de nous familiariser avec le milieu médico-scolaire, avec les nombreux imprimés utilisés et d'acquérir certaines notions techniques sur les différents types d'examens des écoliers. En fait nous avions pour nous aider les nombreux ouvrages et documents mis à notre disposition par le service de santé scolaire de Versailles qui organisait de plus de nombreuses conférences et rencontres ; et bien sûr, le dialogue avec les autres membres de l'équipe médicale, les enseignants pouvait être très profitable.

Il faut dire d'ailleurs que le statut de médecin vacataire ne favorisait guère les activités en dehors de la visite médicale proprement dite. Nous avions, en partie, résolu ce problème en demeurant dans les établissements pendant l'heure du déjeûner, ce qui favorisait bien des contacts. Néanmoins, un statut comparable à celui des médecins titulaires serait souhaitable pour les stagiaires internés, ce qui permettrait une plus grande disponibilité utile à leur formation mais aussi bénéfique aux enfants.

Cette expérience a également été utile pour l'exercice de la médecine en ville lors de nos remplacements.

Tout d'abord elle nous a permis d'acquérir certains réflexes de dépistage. Ainsi chez un enfant venu consulter pour une raison quelconque, nous recherchons, au passage, une carie dentaire, un trouble de la statique. De plus, nous avons appris à mieux apprécier de façon globale, sans préjuger bien sûr des résultats de l'examen de l'état de santé physique et psychique de l'enfant.

Il nous reste toujours présent à l'esprit que l'enfant est aussi un écolier et devant un trouble quel qu'il soit, nous cherchons à évaluer l'incidence qu'il pourrait avoir sur le travail scolaire.

Les parents consultent souvent leur médecin traitant pour un motif scolaire : une diminution du rendement scolaire, un trouble du comportement en classe, un certificat d'aptitude ou d'inadaptitude aux sports ou plus simplement un avis sur l'orientation.

Ici le praticien pourra d'autant mieux répondre aux besoins qu'il connaît bien les problèmes liés à la scolarité, les différentes possibilités d'accueil des enfants ; il aura de meilleurs arguments pour refuser une dispense injustifiée d'éducation physique.

Alors qu'à l'hôpital nous étions enclins à considérer la maladie plutôt que le malade et à laisser les problèmes sociaux à l'assistante hospitalière, la médecine scolaire nous a permis de mieux connaître ces problèmes, ce qui est important dans la mesure où le généraliste y est constamment confronté. Chez certains

malades, en effet, les symptomes, les troubles évoqués, pour être bien compris, doivent être rattachés au contexte social. Ainsi, par exemple, la pathologie des immigrés.

Par ailleurs, le futur praticien qu'est le stagiaire interné en médecine scolaire entretiendra de meilleures relations avec le médecin scolaire du secteur et cette collaboration sera bien utile pour la recherche des causes d'éventuelles difficultés d'un enfant. En effet, si le second connaît mieux le comportement scolaire de l'enfant, le premier connaît mieux son comportement familial, son cadre de vie.

Cette collaboration permettra aussi au médecin scolaire d'être informé de l'évolution de tel trouble somatique ou de tel trouble du langage en cours de rééducation qu'il a signalé au médecin traitant.

C O N C L U S I O N S

VIII - CONCLUSIONS

Cette expérience de médecin scolaire nous a permis d'apprécier l'intérêt et l'utilité de ce type de médecine, ne serait-ce que pour le dépistage des anomalies somatiques. Les bilans de santé, en particulier lors des visites d'admission en cours préparatoire, tels qu'ils sont pratiqués à l'école, peuvent être, comme nous l'avons vu, capitaux pour le déroulement ultérieur de la scolarité.

De plus, c'est la seule occasion pour les enfants, à l'exception de ceux des classes maternelles, d'avoir droit à une consultation médicale sans l'intervention des parents, ce qui peut contribuer à faciliter la relation entre le médecin et l'enfant.

Mais tout ce que nous avons pu faire au niveau du secteur : l'information des parents, la sensibilisation des enseignants à certains problèmes, en particulier ceux liés à l'inadaptation, le dépistage des facteurs d'échecs scolaires, tout cela est insuffisant. Il faut donner aux enfants qui ont ou risquent d'avoir des difficultés scolaires et surtout à ceux issus des milieux défavorisés, les moyens de suivre correctement dans les classes "normales" afin de leur éviter les classes de transition.

Mais les obstacles sont nombreux : les structures qui pourraient venir en aide aux enfants sont insuffisantes, l'institution scolaire n'est pas toujours bien adaptée aux besoins des enfants. De plus, nous ne pouvons changer les conditions socio-

culturelles des familles modestes. Tous ces problèmes, comme on le voit, dépassent la médecine scolaire et nous amènent à poser la question de l'égalité des chances pour les écoliers. Néanmoins le médecin dans l'école peut contribuer à faire prendre conscience de ces problèmes aux enseignants et à faire évoluer l'institution scolaire pour l'adapter aux élèves, quel que soit leur environnement socio-culturel, psychologique ou somatique alors que trop souvent on considère que c'est l'élève qui doit s'adapter à l'école.

Par ailleurs, l'absence de relations entre le médecin traitant et le médecin scolaire, l'impossibilité dans laquelle se trouve ce dernier de savoir si les avis donnés ont été suivis, rendent nécessaire une action thérapeutique en médecine scolaire et ce, tout particulièrement pour les enfants issus de milieux défavorisés, n'ayant pas de médecin traitant et donc, ayant peu de chances d'être vus par un médecin de ville.

Ainsi, comme nous l'avons vu pour les anomalies somatiques, le médecin scolaire devrait pouvoir entreprendre un traitement, celui d'une obésité par exemple, ou prescrire des soins tels que des séances de rééducation, ou encore il devrait avoir la possibilité d'adresser les enfants dans des centres de soins, des dispensaires scolaires par exemple, avec lesquels il serait en liaison constante.

Enfin, le stage pratique de fin d'études en médecine scolaire, loin d'être un pis-aller étant donné le nombre

restreint de postes de stagiaires internés, constitue une expérience enrichissante.

Le futur praticien sera sensibilisé aux problèmes de l'école, ce qui facilitera ses rapports avec le médecin scolaire, pour le plus grand bien des enfants. Il sera mieux préparé pour aborder les nombreux problèmes sociaux qu'il ne manquera pas de rencontrer. De plus, il manifestera davantage d'intérêt pour tout ce qui touche la médecine préventive et de dépistage, secteur capital de la médecine qui n'occupe encore dans notre pays qu'une place modeste.

Ainsi il pourrait être intéressant de multiplier les postes de stagiaires internés en médecine scolaire, ce qui permettrait de réduire le nombre d'enfants à examiner par médecin, donc d'augmenter la qualité des examens, et de se rendre compte, lors de réunions de synthèse, des suites données au dépistage.

Les candidats à ces postes pourraient au préalable effectuer un stage de formation leur permettant d'acquérir entre autres quelques notions sur la psychologie de l'enfant. De plus, l'étudiant devrait être informé de toutes les possibilités existant dans son secteur (C.M.P.P., C.A.P.P. ; classes de perfectionnement, d'adaptation, de transition, etc...) et cela pourrait être fait au début dans le cadre d'une prise de contact entre tous les stagiaires internés d'un secteur (chacun d'entre eux ayant sous sa responsabilité un "sous-secteur" d'environ 1500 élèves) et le médecin titulaire du

du secteur. On pourrait d'ailleurs envisager des réunions régulières dans l'année au cours desquelles les problèmes rencontrés seraient abordés et des éclaircissements apportés et auxquelles pourraient participer des enseignants et des responsables universitaires de médecine sociale. Le médecin titulaire pourrait avoir ici un rôle de médecin de liaison à l'échelle du secteur. Ainsi l'objection selon laquelle le stagiaire interné ne pourrait accomplir en une seule année un travail efficace dans l'école tomberait partiellement en face d'un véritable travail d'équipe, le médecin titulaire assurant la continuité.

B I B L I G R A P H I E

. MANDE - MASSE - MANCIAUX

Pédiatrie sociale

DOUADY - PISSARRO- PALASSIE

Médecine scolaire et universitaire en France

. Ph. SAGLIER, Assistant au C.H. Versailles

L'enfant obèse, sa famille, son médecin

Concours Médical 24.2.73

. Ph. DE POULAIN

Le sport chez l'enfant et l'adolescent

. READAPTATION

Dépistage, incidence scolaire des inadaptations de l'enfance

n° 173 - Septembre-Octobre 70

. MASSE : Problèmes orthopédiques

. DENEVILLE : Carie dentaire et santé des enfants en cours de scolarité

. Mme SOULE : Les troubles du langage

. PALASSIE

Rôle du médecin scolaire

La santé de l'homme n° 146

. Cl. LAUNAY

Le médecin praticien en présence de l'échec scolaire chez l'enfant de 5 - 6 ans

Ouest Médical Juin 72 n° 14

. PASCAL

L'enfant inadapté, sa famille, son médecin

La nouvelle famille éducative n° 3 avril 73

. L. MOOR

Difficultés et problèmes scolaires

Vie médicale n° 14 avril 73

. CANONNE - PISSARRO - TOMKIEWICZ - DUCHE

La médecine scolaire comme mode d'abord global de la personne de l'enfant et de l'adolescent de 11 à 16 ans

. L. KREISLER

Remarques psychologiques sur l'enfant fatigué

Gazette médicale de France 21.9.73

. COLIN

Troubles relevés au cours de visites médicales

Thèse de médecine Paris

. LIESSE

Rôle du médecin dans les inadaptations scolaires

Thèse Paris 62

. LEBIGRE

La médecine scolaire dans les lycées

Thèse Paris 70

. MICHELOT (I.D.E.N à Bordeaux)

Prévention de l'inadaptation : CAPP, classes d'adaptation

. BULLETIN OFFICIEL du Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale - Fascicule spécial n° 69-31 ter

"Instructions générales concernant le service de santé scolaire"

MINISTERE DE LA SANTE

REPUBLIQUE FRANCAISE

Direction Générale de la Santé

Sous-Direction des Problèmes Médicaux, de la Maternité et de l'Enfance et de l'Education Sanitaire

Sous-Direction des Professions de Santé

Paris, le 20 Juin 1974

DGS/935/PS1

COPIE

LE MINISTRE DE LA SANTE

à

- Messieurs les Médecins Inspecteurs Régionaux de la Santé,
- S/c de Messieurs les Préfets de Région
- Messieurs les Médecins Inspecteurs Départementaux de la Santé,
- Messieurs les Directeurs Départementaux de l'Action Sanitaire et Sociale S/c de Messieurs les Préfets.

OBJET : Organisation du stage pratique de fin d'études médicales dans les services relevant de la santé scolaire, de la protection maternelle et infantile et dans les hôpitaux locaux.

REFER.: Article 11 du décret n° 60-759 du 28 Juillet 1960, modifié par le décret n° 66-601 du 27 Juillet 1966 portant réforme du régime des études et des examens en vue du doctorat en médecine.
Circulaire n° DGS/300/PS1 du 12 Mars 1971
Circulaire n° DGS/905/PS1 du 18 Novembre 1971
Circulaire n° DGS/316/PS1 du 29 Mars 1972.

Les diverses circulaires citées en références ont précisé les idées directrices selon lesquelles les responsables universitaires et hospitaliers doivent résoudre au niveau de chaque unité d'enseignement et de recherche les problèmes posés par l'organisation du stage pratique de fin d'études médicales.

Malgré des prospections réalisées dans les secteurs publics, para-publics et privés pour trouver de nouveaux terrains de stages, il s'avère que le nombre des postes vacants augmente moins rapidement que l'effectif des étudiants ayant obtenu la validation du deuxième cycle de leurs études médicales sans avoir été reçus à un concours d'internat.

A.- RAPPEL DE LA SITUATION

L'affectation en stage pratique de fin d'études des étudiants ayant obtenu la validation du deuxième cycle de leurs études médicales à l'issue de l'année universitaire 1973-1974, sera particulièrement préoccupante : le nombre des étudiants inscrits en D.C.E.M.4. dans les diverses U.E.R. pendant l'année universitaire 1973-1974 est en augmentation de 1936 unités par rapport aux chiffres de l'année précédente (12 633 au lieu de 10 697). Tous les éléments statistiques dont nous disposons permettent de penser qu'au moins, jusqu'en 1978-1979, plus de 10 000 étudiants obtiendront chaque année la validation de leur D.C.E.M.

Certes, la limitation du nombre des étudiants admis à poursuivre des études médicales en application de la loi du 12 Juillet 1971 commencera à porter ses effets en D.C.E.M.2 dès la rentrée universitaire 1974-1975. Le nombre des étudiants de la 2ème partie du 2ème cycle devrait de ce fait diminuer d'environ 5 % ; mais la possibilité d'affecter au stage pratique de fin d'études certains postes jusqu'alors réservés aux étudiants du D.C.E.M. ne suffira pas à satisfaire tous les besoins nouveaux.

En conséquence, un élargissement des possibilités doit être recherché et pouvoir être réalisé vers la santé scolaire, la protection maternelle et infantile et les hôpitaux locaux.

Les nouveaux terrains de stages dans les services de santé scolaire et de protection maternelle et infantile permettraient de réaliser une sensibilisation et une initiation à l'exercice de la médecine préventive et compléteraient heureusement la formation hospitalière des stagiaires, tandis que les stages dans les hôpitaux locaux assureraient une meilleure formation à la médecine praticienne et le lien nécessaire entre la médecine hospitalière et la médecine de ville.

B.- LES STAGES PRATIQUES EN SANTE SCOLAIRE

Du point de vue technique il est évident que ces services constituent pour les étudiants une occasion de se familiariser avec les problèmes de médecine préventive de l'enfance et de l'adolescence ainsi qu'avec les aspects médico-sociaux de la vie collective et de l'hygiène du milieu.

1°) Organisation des secteurs en fonction des effectifs nouveaux

Dans la circulaire précitée du 29 Mars 1972, il était recommandé de mettre fin à la réservation directe par les étudiants, et il était rappelé que le recensement des postes et l'affectation des étudiants sont du ressort des autorités hospitalières et universitaires.

C'est toutefois aux médecins inspecteurs régionaux de la santé qu'il appartient de faire l'inventaire de toutes les possibilités d'accueil pour l'affectation des étudiants. Ils doivent prévoir désormais un certain nombre de stages en santé scolaire, en liaison avec les directions départementales d'action sanitaire et sociale de leur région. Les médecins chargés de la santé scolaire auprès de ces directions sont particulièrement qualifiés pour indiquer les secteurs urbains et ruraux qui pourront être proposés aux étudiants.

Bien entendu, ces terrains de stage devront être agréés par le Directeur de l'Unité d'Enseignement et de Recherche Médicale dont relève l'étudiant sur avis conforme du conseil de l'Unité d'Enseignement et de Recherche Médicale.

Il appartient au médecin inspecteur régional de la santé de prendre tous contacts utiles avec les directeurs des U.E.R. à cet effet.

Il serait possible, le cas échéant, et pour ceux qui l'accepteraient, de favoriser l'installation des stagiaires dans certaines communes rurales, ce qui leur permettrait d'être à proximité des élèves soumis au contrôle médical scolaire. Cette formule permettrait de mieux équilibrer la répartition des personnels.

L'implantation de ces stagiaires devra, d'autre part, tenir compte des personnels para-médicaux disponibles dans les secteurs considérés ou pouvant être recrutés pour constituer les équipes de travail.

2°) Encadrement technique des stagiaires

Les étudiants stagiaires sont placés sous le contrôle administratif du Directeur de l'Unité d'Enseignement et de Recherche dont ils dépendent et sous le contrôle technique du médecin chargé de la santé scolaire au niveau du département où ils sont affectés.

Ce médecin, qui travaille en liaison avec le médecin inspecteur régional de la santé pour l'organisation et la surveillance de ces stages, devra veiller à ce qu'ils s'effectuent dans les meilleures conditions.

Etant le spécialiste de la santé scolaire au niveau départemental, il lui appartient de donner aux stagiaires les informations et la documentation nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

De plus, un ou plusieurs médecins de secteur de santé scolaire, particulièrement compétents, doivent être désignés par le Préfet, sur proposition du médecin chargé de la santé scolaire au niveau du département, afin de guider et de conseiller les stagiaires dans leur travail. Nous insistons tout spécialement sur l'importance

du choix de ces médecins dont dépendra la qualité du stage effectué par l'étudiant.

En aucun cas, le stagiaire interné ne doit être affecté à un secteur dépourvu de titulaire.

Le médecin chargé de la santé scolaire au niveau du département devra contrôler régulièrement l'activité des stagiaires et le bon fonctionnement de l'encadrement prévu. Il pourra être amené, en fonction de l'intérêt manifesté par l'étudiant, pour ce type de travail, à susciter ou à permettre certaines études intéressant la santé scolaire. Les travaux entrepris dans ces conditions pourront faire l'objet d'une information de l'administration centrale et éventuellement d'une demande d'accord dans le cas où ils comporteraient des examens non prévus habituellement.

Les éléments nécessaires à l'établissement du rapport sur le déroulement des stages des étudiants seront communiqués par le médecin chargé de la santé scolaire au niveau du département, au Directeur de l'Unité d'Enseignement et de Recherche Médicale sous couvert du médecin inspecteur régional de la santé.

3°) Activités des stagiaires

Les activités des stagiaires ne se limiteront pas aux examents cliniques des élèves mais comporteront l'ensemble des autres activités des médecins scolaires prévues par les instructions générales n° 106 du 12 Juin 1969 (conseils d'enseignement, hygiène générale du milieu, éducation pour la santé, etc...)

Les étudiants devront se conformer aux horaires habituels et tenir compte de l'emploi du temps et des règlements appliqués dans les établissements scolaires de la même manière que les médecins de secteurs qui les encadrent.

Leur activités pourra se dérouler pendant une année comme pour les autres étudiants effectuant leur stage pratique interné dans un service hospitalier.

Toutefois, il y aura lieu de prévoir une possibilité de rotation vers des services hospitaliers. Bien entendu, ces services prendront en charge les étudiants à partir de la date où ils les accueilleront.

Ces possibilités de rotation devraient cependant être limitées afin de permettre aux étudiants d'avoir une formation et une efficacité suffisantes dans chaque service. En ce qui concerne la santé scolaire, une durée de six mois dans un secteur doit être considérée comme un minimum raisonnable. Au cours de cette période, leur activité de stagiaire ne devra pas être inférieure à six demi-journées par semaine en moyenne.

4°) Rémunération et recrutement

Les étudiants seront engagés sur le vu d'une attestation du directeur de l'U.E.R. dont ils dépendent les autorisant à effectuer leur stage pratique interné dans le service de santé scolaire.

Ces étudiants stagiaires recevront une rémunération forfaitaire équivalente à celle qui est allouée aux étudiants stagiaires effectuant leur stage pratique interné dans un service hospitalier.

Les frais de déplacement impliqués par le travail en santé scolaire seront remboursés aux étudiants stagiaires selon les mêmes modalités que pour les médecins vacataires de ce service.

.....

Vu et permis d'imprimer

le Recteur

de l'Académie de Paris

R. MALLET

Le Doyen de la Faculté

de Médecine Saint Antoine

Pr DEBRAY

Le Président de thèse

Pr BRISSAUD